

Opplevelser av å gå i terapi

**En kvalitativ intervjuundersøkelse med traumatiserte
barn og deres foreldre**

Ingeborg Dittmann



Hovedoppgave ved Psykologisk Institutt

UNIVERSITETET I OSLO

April 2010

Sammendrag

Forfatter: Ingeborg Dittmann

Tittel på oppgaven: Traumatiserte barn og deres foreldres opplevelse av å gå i terapi

Veileder: Agnes Andenæs

Biveileder: Tine K. Jensen

Hovedoppgaven omhandler traumatiserte barn/ungdommer og deres foreldres opplevelse av å gå i behandling ved BUP. Studien er basert på kvalitative telefonintervjuer av 20 barn/ungdommer og deres foreldre. Informantene er deltakere i et større forskningsprosjekt i regi av Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS). Forfatteren har i samarbeid med prosjektleder utformet intervjuguide. Forfatteren har gjennomført intervju med 17 av 20 familier og transkribert og analysert disse.

Hovedoppgaven har to målsettinger. Hovedmålsettingen er å undersøke hvordan traumatiserte barn og deres foreldres kan oppleve et behandlingsforløp ved BUP. Jeg har ønsket å undersøke barn og foreldres forventninger til å komme til BUP, opplevelse av behandlingen og hvilke forhold de opplevde som viktige for at de skulle kunne nyttiggjøre seg behandlingen. Jeg har også ønsket å undersøke deres oppfatning av hvordan barnet har endret seg og hvordan barn og foreldre forklarer denne endringen. I tillegg til dette har en underordnet metodisk målsetting vært å undersøke hva slags informasjon det er mulig å få tak i gjennom å intervju barn og foreldre om dette temaet gjennom bruk av telefon.

De viktigste funnene er at både barn og foreldre var engstelige før først møte med BUP, men at de fleste opplevde at de ble tatt godt i mot og fikk god hjelp. Underveis i behandlingsprosessen var det for barna og ungdommene viktig at de likte terapeuten sin, at de opplevde at de ble forstått og at de kunne stole på terapeuten. Barna var videre opptatt av at de fikk være med å bestemme hva som skulle være tema i timene. Foreldrene opplevde at det var nyttig å møte til foreldresamtaler og trakk særlig fram det å få foreldreveiledning og emosjonell støtte. Når det gjaldt synet på endring beskrev de aller fleste barna og foreldrene at barnet har fått det bedre. Barna beskrev endringen hovedsaklig som reduksjon av symptomer mens foreldrene beskrev endring hos barnet som økning av noe positivt eller tilfang av noe nytt. Metodisk har det å gjennomføre intervju med barn og foreldre over telefon vist seg å gi fungere godt. De aller fleste har virket komfortable med å snakke på telefon og har gitt nyttige beskrivelser av sine opplevelser. En fordel med å gjennomføre intervjuer på denne måten er at det er praktisk lett gjennomførbart, særlig når det gjelder ungdom.

Innholdsfortegnelse

Sammendrag.....	1
Innholdsfortegnelse.....	2
Innledning	4
Teoretisk og empirisk bakgrunn	6
Barn som informanter.....	6
Studier av barn og unges opplevelse av å gå i terapi.....	7
Behovet for kunnskap om hvordan barn og unge opplever en terapiprosess.....	9
Behovet for kunnskap om hvordan foreldre kan oppleve møte med BUP.....	12
Spesielle utfordringer ved arbeid med traumatisert barn og ungdom.....	13
Formål med undersøkelsen.....	15
Metode	16
Deltakere.....	17
Traumefokusert kognitiv atferdsterapi.....	18
Prosedyre.....	19
Intervjuene.....	20
Erfaring fra gjennomføring av intervjuene.....	21
Etiske betraktninger.....	22
Analyseprosessen.....	22
Resultater	25
Barnas forventninger og opplevelser knyttet til begynnelsen av behandlingen.....	25
”Å komme til BUP for første gang var skummelt”.....	25
”Det ble lettere etter hvert”.....	27
Foreldrenes forventninger og opplevelser knyttet til begynnelsen av behandlingen.....	29
Barnas beskrivelser av hva som var viktig underveis i behandlingen.....	30
Like terapeuten.....	31
Kjenne seg forstått.....	33
Stole på terapeuten.....	35

Viktig å få være med å bestemme i behandlingen.....	37
Å snakke om traumatiske hendelser.....	40
Foreldrenes beskrivelser av hva som hjalp dem.....	43
Foreldreveiledning.....	43
Emosjonell støtte.....	45
Barnas beskrivelse av endring.....	46
”Jeg tenker ikke så mye på det som skjedde lenger”	47
”Jeg er mindre trist”	48
”Jeg tenker litt annerledes”	48
Foreldrenes beskrivelse av endring.....	50
”Hun går mer ut”	50
”Vi snakker mer sammen”	52
”Han strever fremdeles, men det er greit”	52
Barnas beskrivelser av hva som har skapt endring.....	54
”Godt å få snakket ut”	55
”Gå tilbake til der det skjedde”	56
”Nyttig å lære teknikker”	56
Foreldrenes beskrivelser av hva som har skapt endring.....	57
Diskusjon.....	59
Terapeutiske utfordringer og kliniske implikasjoner.....	59
Å snakke om traumer: viktig med en begrunnelse.....	59
Fokus i terapi: barnas behov for å snakke om andre tema.....	61
Utfordringer ved arbeid med foreldre av traumatiserte barn.....	62
Forskjeller i beskrivelser av endring: behovet for å spørre både barn og foreldre.....	64
Drøfting av den metodiske tilnærmingen.....	66
Til slutt: Hvordan kan vi anvende kunnskap fra et barneperspektiv?.....	68
Referanser.....	69
Appendiks: intervjuguide.....	78

Innledning

I en rapport fra Folkehelsesinstituttet anslås det at mellom 15 og 20 % av barn og unge i Norge har nedsatt funksjon på grunn av psykiske lidelser og at 8 % har en psykisk lidelse som er behandlingstrengende. De mest utbredte psykiske lidelsene blant barn og unge i Norge er angst, depresjon og atferdsproblemer (Mykletun, Knudsen & Mathiesen, 2009). For å kunne vite hvordan vi best mulig skal kunne behandle disse barna trenger vi å gjennomføre forskning. Det meste av psykoterapiforskningen gjøres innen voksenfeltet, men det finnes et økende antall studier der en har evaluert psykologisk behandling av barn og ungdom. De fleste av disse studiene er såkalte effektstudier der en har undersøkt effekten av ulike terapiformer på barn med ulike diagnoser (Kazdin, 2002). I tillegg til å finne ut hvilke terapiformer som er effektive er det behov for prosessstudier som kan hjelpe oss å forstå mer om hvilke prosesser som fører til endring. En gjennomgang av forskningslitteraturen viser at det innen barnefeltet er gjort svært lite prosessforskning (Shirk & Karver, 2006). Dette skiller seg fra voksenfeltet der prosessstudier er mye mer utbredt (Orlinsky & Russel, 1994). Prosessstudier er verdifulle fordi de kan gi oss en bedre forståelse av hva som skjer i terapiprosessen som igjen kan føre til at vi kan utføre mer effektiv terapi. Kvalitativ prosessforskning innen voksenfeltet gjennomføres vanligvis ved å intervjuer klienten om hvordan han eller hun opplevde terapiforløpet og spesielt hva de opplevde var endringsskapende (Hill & Lambert, 2004). Flere forskere innen voksenfeltet har intervjuet klienter og terapeuter om deres opplevelser i terapirommet og gjennom dette fått verdifull kunnskap om hvordan en terapiprosess kan oppleves fra to ulike ståsted (Orlinsky & Russel, 1994).

Selv om det har blitt gjort få prosessstudier innen barnefeltet, har prosessforskningen en lang historie. I følge en historisk gjennomgang av Shirk og Russel (1996) ble de første prosessstudiene av barneterapier utført allerede på 1940- og 1950-tallet. Dette var deskriptive studier som undersøkte hva som ble sagt av klient og terapeut i terapiprosessen. Etter hvert ble det større fokus på å studere interaksjonen mellom klient og terapeut. På 1970-tallet kom de første komparative prosessstudiene der en sammenlignet ulike terapiretninger og ulike terapeutiske intervensjoner og i 1980-årene begynte en å utvikle prosesskalaer som var spesielt tilpasset barneterapi. På 1990-tallet ble en opptatt av å undersøke en bredere spennvidde av terapeutiske teknikker og se nærmere på interaksjon mellom klient og terapeut

gjennom bruk av multiitem-skalaer og multivariate teknikker. På denne tiden ble en også opptatt av å studere terapeutisk allianse. Som en følge av dette kom de første studiene der barna selv fikk komme med sine subjektive evalueringer av relasjonen til terapeuten og opplevelse av terapiprosessen. Shirk og Russel (1996) hevder at det er vist at barns subjektive opplevelse av terapi kan studeres, i hvertfall for barn i skolealder. Til tross for dette har det blitt gjort svært få studier der en har undersøkt barn og unges opplevelse av å gå i terapi. Vi vet av den grunn lite om hvordan barn og unge opplever å gå terapi, for eksempel hva som hva som er viktig for at de skal kunne få en god opplevelse av behandlingen (Dunne, Thompson & Leitch, 2000).

På bakgrunn av dette ønsket jeg å intervju barn/ungdommer og deres foreldre om hvordan de kan oppleve en terapiprosess. Jeg har intervjuet 20 barn/ungdommer og en av deres foreldre etter at de har gått i behandling ved BUP fordi barnet har vært traumatisert. Før jeg beskriver nærmere hva formålet med undersøkelsen har vært vil jeg presentere sentrale teoretiske og empiriske perspektiver slik at leseren kan få en bedre forståelse av hvilken kunnskapssituasjon som danner bakteppe for min undersøkelse.

Teoretisk og empirisk bakgrunn

Barn som informanter

En årsak til at en i så få studier har intervjuet barn om deres opplevelse av å gå i terapi kan skyldes at det har vært en tradisjon innen forskningsmiljøer til å tenke at barn ikke har forutsetninger for å kunne gi relevant informasjon til slike studier. Dette har blitt begrunnet med at barn på grunn av sitt utviklingsnivå har for liten selvinnsett, at det er for vanskelig for dem å forstå forskningsspørsmål og at de har vansker med å uttrykke sine synspunkter (Day, Carey & Surgenor, 2006). Dette perspektivet har ført til at man i stedet for å intervju barn direkte i stedet har intervjuet foreldre og andre personer som står barnet nær. De siste tiårene har det imidlertid skjedd en endring i synet på barnet som informanter. Eide og Winger (2003) hevder at en siden slutten av 1980-tallet i større grad har begynt å se på barn som meningsberettigete, meningsbærende og meningsskapende aktører som kan bidra med nyttig informasjon om sitt eget liv. Innenfor den samfunnsvitenskapelig forskningstradisjon omtales endringen i synet på barn som informanter som et paradigmeskifte (Christensen & James, 2000). Dette paradigmeskiftet henger blant annet sammen med et økende fokus på barns rett til deltakelse som slås fast i FNs barnekonvensjon. Her står det at barn skal ha rett til å uttale seg om tjenester som barnet er bruker av. I Norge har ideen om barns rett til deltakelse blitt implementert i læreplanene i skolen som L97 og Rammeplan for barnehagen (Eide & Winger, 2003). Fokuset på barns rett til deltakelse stammer ikke bare fra rettighetsbevegelsen, men også fra det økende fokus på barnet som konsument. Barn ses i dag som både konsumenter og brukere av produkter og tjenester (Kjørholt, 2001).

Siden starten av 1980-tallet har det blitt gjennomført noen brukerundersøkelser der en har undersøkt hvor fornøyde foreldre og barn er med psykiske helsetjenester for barn og unge. Young, Nicholson & Davies (1995) har gjort en gjennomgang av disse studiene og har funnet at den mest brukte metoden for å undersøke hvor fornøyde foreldre og barn er har vært å sende spørreskjemaer hjem til foreldrene og i noen tilfeller barnet etter avsluttet behandling. Kvaliteten på disse studiene har i flere tilfeller blitt kritisert, blant annet fordi en i flere av studiene ikke har inkludert barnet og på grunn av bruk av spørreskjema som metode. I følge Day et al. (2006) vil bruk av fastsatte spørsmål og svaralternativer begrense barn og foreldres mulighet til å formidle sine erfaringer. Hennesey (1999) stiller spørsmålstegn ved validiteten

til slike studier og påpeker: *”there is little evidence to suggest that the majority of questionnaires used to establish childrens’ satisfaction with services actually address aspects that are salient or relevant for their child clients”* (s. 157).

En annen ulempe med å gjennomføre denne typen forskning med spørreskjema er at det gir begrenset informasjon om *hva* som gjorde at barn og foreldre hadde ulike opplevelser av behandlingen, for eksempel hvorfor noen opplevde en måte å jobbe på som nyttig mens andre opplevde den samme måten å jobbe på som lite nyttig. Brukerundersøkelser kan gi nyttig kunnskap, men det er ikke uten betydningen hvordan disse undersøkelsene gjennomføres. Jeg vil komme tilbake til betydningen av brukerperspektivet.

Studier av barn og unges opplevelse av å gå i terapi

I Storbritannia har The Children’s National Service Framework bestemt at barnesentrert behandling skal være et av hovedsatsningsområdene i National Health Service (Department of Health, 2003). I forbindelse med denne satsningen har det oppstått et økende fokus på å finne fram til andre måter å undersøke barn og unges opplevelser av å gå i psykologisk behandling på. Day et al. (2006) undersøkte hvordan barn 19 barn opplevde å gå i terapi gjennom intervju i fokusgrupper og bruk av tegneoppgaver. Et eksempel på en tegneoppgave var at barna skulle tegne en familie som hadde gått i terapi og lage snakkebobler som indikerte om familien var fornøyd eller ikke og hva som eventuelt gjorde at de var fornøyd/ikke fornøyd. Av svarene fremkom det at barna hadde klare meninger om terapien. Et viktig funn var at barna vurderte terapeutens interpersonlige kvaliteter som svært viktig. Dette gjaldt særlig terapeutens sensitivitet og evne til å oppfatte når barnet følte seg klar til å snakke om vanskelige temaer. Flere nevnte at terapeutens spørsmål kunne oppfattes som ubehagelige og at dette særlig gjaldt repeterende spørsmål. Barna hadde klare oppfatninger av hvordan timene burde legges opp. Det å bruke tegning og spill ble beskrevet som en viktig måte å lage pauser på når en snakket om noe som vanskelig.

Andre undersøkelser hvor en har intervjuet barn om deres opplevelse av å gå i terapi har fokusert på ulike terapimetoder og ulike aldersgrupper, blant annet barn som har gått i leketerapi, barn og ungdom som har gått i familieterapi, barn som har fått behandling i døgnenhet og ungdom som har gått i individualterapi. Jeg vil gi en kort gjennomgang av funn fra disse undersøkelsene.

Carroll (2002) intervjuet 18 barn om hvordan de hadde opplevd å gå i leketerapi. Et viktig funn i denne undersøkelsen var at barna opplevde at terapeutens taushetsplikt var en viktig del av den terapeutiske relasjonen. De var samtidig inneforstått med at terapeuten måtte snakke med andre voksne om hvordan barnet hadde det. I tilknytning til dette beskrev noen at de så på terapeuten som en slags advokat for dem. De fleste sa at terapeuten var hjelpsom og flink til å forstå hvordan de hadde det. Videre ble det funnet at flere av barna var opptatt av terapeutens utseende, for eksempel hvis hun hadde på seg spesielle klær. Når barna skulle beskrive hva som hadde hjulpet dem, trakk de fram det å snakke om det vanskelige. Barna skilte mellom det å snakke og det å leke, og selv om terapeuten forsøkte å knytte leken til det vanskelige, beskrev barna leken som "bare gøy". Allikevel sa flere av barna at det å ha det gøy sammen med en trygg voksenperson var det viktigste for at de skulle få det bedre.

I noen studier har en intervjuet barn og ungdom som har gått i familieterapi. Lobatto (2002) fant at flere av barna strevde med å forstå spillereglene for familieterapi, for eksempel når de skulle snakke og når de ikke skulle snakke. Noen var usikre om de skulle lytte til det foreldrene fortalte eller om de skulle "lukke ørene". Barna fortalte om ulike måter å mestre disse utfordringene på. Noen ble stille når de følte seg utestengt. Andre trakk seg unna og fant leker å leke med. En gutt sa at han laget bråk når han følte seg utestengt. I den samme studien ble det funnet at mange av barna var usikre på hvorfor familien gikk i familieterapi og at de derfor var usikre på hva de skulle snakke om. Strickland-Clark, Cambell & Dallas (2000) fant at flere av barna og ungdommene hadde opplevd at de ikke ble hørt i familieterapitimene og at det i slike situasjoner var vanskelig å si fra om dette. Noen synes det var vanskelig å si hva de følte fordi de var redde for familiemedlemmenes følelsesmessige reaksjoner. Enkelte barn beskrev at de skulle ønske de kunne fått mer støtte av et av de andre familiemedlemmene når de ga uttrykk for hva de følte. Stith, Rosen, McCollum, Coleman & Herman (1996) fant at barna var opptatt av å bli inkludert i familieterapien. Dette gjaldt både at de fikk være fysisk tilstede i terapirommet og at terapeuten henvendte seg til dem med spørsmål. Noen barn hadde opplevd at de måtte sitte på venterommet mens foreldrene snakket med terapeuten. Dette var det flere som ikke likte.

Hepper, Weaver og Rose (2005) intervjuet 18 barn mellom 8 og 13 år om hvordan de opplevde å motta behandling i en døgnenhet. I denne studien ble det funnet at ved innleggelse forventet 14 av barna at de skulle være passive mottakere av hjelp, det ville si at sykehusets ansatte skulle hjelpe dem med å kontrollere atferden deres for eksempel gjennom å sørge for

at miljøet rundt dem var rolig og stabilt. Kun fire av barna sa at de selv kom til å delta i behandlingsprosessen, for eksempel at de ønsket hjelp til å lære hvordan de kunne roe seg ned. Rett før barna ble skrevet ut hadde dette endret seg. På dette tidspunktet sa fjorten av barna at de selv hadde spilt en viktig rolle i behandlingsprosessen og at de selv hadde bidratt til den endringen de opplevde. Mange fortalte at de hadde hatt hjelp av teknikker som de kunne bruke til å mestre angst og sinne.

To studier har fokusert spesielt på ungdom. Buston (2002) intervjuet 32 ungdommer mellom 14 og 20 år om hvordan de hadde opplevd å være innlagt ved en psykiatrisk klinikk i Irland. Når ungdommene skulle beskrive de ansatte ga de fleste nokså generelle beskrivelser av at de likte noen og ikke likte andre. Vurderingene av om de likte behandlerne eller ikke var knyttet til om behandleren forsto hva ungdommene strevde med, om han eller hun hadde tillit til ungdommene og om ungdommene følte at de kunne betro seg til vedkommende. Det å ikke bli tatt på alvor og å bli mistenkeliggjort ble trukket fram som svært ubehagelig. Flere sa at det var lettere å snakke med sykepleierne enn med legene, fordi legene oppførte seg så formelt. Når det gjaldt behandling ble det funnet at flere av ungdommene var frustrert over at de ikke hadde fått psykologisk behandling, kun medisiner. Flere nevnte også at de skulle ønske de hadde fått mer informasjon om sin diagnose, om medisinene de gikk på og om hva de kunne forvente i framtiden. Garland, Bridget & Bessinger (1996) intervjuet 33 ungdommer som hadde mottatt psykisk helsehjelp ved tre ulike klinikker. De fant at ungdommene hadde sterke meninger om behandlingen, for eksempel om forventninger til hva behandlingen skulle føre til, frustrasjoner knyttet til å gå i behandling og fordeler med å gå i behandling. Det vanligste svaret på hvorfor det var nyttig å gå i behandling var at relasjonen til behandler førte til personlig vekst og at terapeuten hjalp dem med å løse problemer.

Behovet for kunnskap om hvordan barn og unge opplever en terapiprosess

Gjennomgangen av studier har vist at det å snakke med barn og ungdom om hvordan de har opplevd å gå i psykologisk behandling kan gi verdifull kunnskap. Men vil det av den grunn si at det er nødvendig? Mange vil argumentere for at det er voksne som har tilgang til den nødvendige og relevante kunnskapen om hva som er den rette behandlingen for barn og at barnet selv ikke har forutsetninger for å vite hva det trenger eller hvordan en psykologisk behandling bør gjennomføres.

Et viktig argument for å snakke med barn og ungdom om deres erfaringer med å gå i terapi er at det kan gjøre at vi får mer kunnskap om hvordan barn og ungdom forstår og opplever en terapiprosess. Dette kan videre føre til en forbedring av kvalitet og effektivitet i forhold til hvordan vi utfører terapi (Day, 2008). Studier fra voksenalitteraturen indikerer at en god terapeutisk allianse er en av de mest konsistente prediktorene for et godt behandlingsresultat på tvers av flere terapiretninger (Horvath & Symonds, 1991; Martin, Garske, & Davis, 2000). Den mest brukte definisjonen av terapeutisk allianse ble utarbeidet av Bordin (1979). I denne definisjonen består terapeutisk allianse av tre komponenter: (a) enighet mellom terapeut og klient om terapiens mål, (b) det emosjonelle båndet mellom terapeut og klient og (c) enighet om de spesifikke oppgavene en skal arbeide med. En metastudie gjennomført av Shirk og Karver (2003) fant at terapeutisk allianse er assosiert med behandlingsresultat også i barne- og ungdomsterapi. Det er dermed av betydning for utfallet av en terapiprosess hvordan barnet opplever relasjonen til terapeuten og det som skjer i terapirommet. Hva som skal til for å utvikle en god arbeidsallianse med et barn vil selvfølgelig variere fra barn til barn. Å kjenne til hva andre barn har sagt om hva de opplever som viktig kan imidlertid gi oss et utgangspunkt som vi kan bruke i møte med nye barn og ungdommer. Kunnskap om at barn kan være usikre på spillereglene i familiesamtaler kan for eksempel gjøre at vi bruker mer tid på å klargjøre hvordan det er meningen at barnet skal delta.

For å få direkte kunnskap om hvordan barn tenker er det nødvendig å snakke med dem. Dette betyr ikke at barnets stemme alltid skal vurderes som den viktigste eller mest kvalifiserte meningen eller at barnets synspunkter alltid skal være avgjørende i en debatt om hvordan et helsetilbud for barn skal organiseres. I likhet med voksne med psykiske lidelser vil ikke barn og ungdom alltid ha innsikt i hva de trenger og hva som er det beste for dem. Det barna forteller oss bør vektlegges sammen med andre meninger. Barns rett til å bli involvert i beslutninger om forhold som vedrører barnet er som nevnt tidligere konstituert i FNs barnekonvensjon, artikkel 12:

Partene skal garantere at barn som er i stand til å danne seg egne synspunkter har retten til å gi uttrykk for disse synspunkter i alle forhold som vedrører barnet og tillegge barnets synspunkter behørig vekt i samsvar med dets alder og modenhet

Ut i fra et brukerperspektiv er det også grunn til å argumentere for at det å snakke med barn om hvordan de opplever en behandlingsprosess er nødvendig. De siste årene har det i Norge i

likhet med flere europeiske land vært økende fokus på brukermedvirkning innen helsesystemet. På Sosial- og helsedirektoratets hjemmesider (2010) står det: *“Brukere har rett til å medvirke, samtidig som brukermedvirkning har en egenverdi, en terapeutisk verdi og er et virkemiddel for å forbedre og kvalitetssikre tjenestene. Målet er god brukermedvirkning på individnivå, systemnivå og politisk nivå.”*

I en rapport om brukermedvirkning i psykisk helsefeltet utarbeidet for Sosial- og helsedirektoratet, defineres brukermedvirkning som det at brukere av tjenester er med på å utforme et tilbud sammen med fagfolk (Larsen, Aasheim & Nordal, 2006). I denne rapporten skilles det mellom brukermedvirkning på individnivå og systemnivå. Brukermedvirkning på individnivå innebærer et samarbeid mellom den enkelte bruker og fagpersonen. Et eksempel på brukermedvirkning på individnivå innen psykiske helsetjenester for barn er klient- og resultatstyrt terapi. I denne tilnærmingen mottar barnet et spørreskjema med ett sett av spørsmål etter hver terapitime. Barnet blir bedt om å krysse av på en skala for hvordan de opplevde terapitimen og hvordan det opplever relasjonen til terapeuten. Hensikten med å benytte slike evalueringsskalaer er å gi terapeuten en systematisk tilbakemelding om klientens opplevelse av relasjonen til terapeuten og om klienten opplever ønsket endring (Tuseth, Sverdrup, Hjort & Friestad, 2006). Brukermedvirkning på systemnivå innebærer at brukerne inngår i et likeverdig samarbeid med tjenesteapparatet og er aktivt deltagende i planleggings- og beslutningsprosesser (Larsen et al., 2006). For å samle informasjon om hvordan brukere opplever ulike tjenester er det behov for brukerundersøkelser. Som allerede nevnt har en Storbritannia utført noen slike undersøkelser. Det har foreløpig blitt gjort få norske brukerundersøkelser av barns erfaringer med psykologisk behandling. Bjertnæs et al. (2008) gjennomførte den første store nasjonale spørreundersøkelsen av foreldre som hadde barn/ungdom som hadde gått i behandling ved BUP. De intervjuet imidlertid ikke barna og ungdommene og påpeker selv at dette er en svakhet ved deres undersøkelse. De stiller samtidig spørsmålstegn ved om barn og ungdom på grunn av kognitive begrensninger har dårligere forutsetninger enn voksne for å vurdere tjenester. I en annen brukerundersøkelse av BUP utført av Bjørngaard, Andersson, Ose og Hanssen-Bauer (2008) ble heller ikke barna og ungdommene intervjuet. Dette kan tyde på at det innen noen forskningsmiljøer fremdeles eksisterer en usikkerhet knyttet til om barn og ungdom er i stand til evaluere psykiske helsetjenester.

Behovet for kunnskap om hvordan foreldre kan oppleve møte med BUP

Når et barn kommer til BUP har det sjeldent henvist seg selv. Som regel er det foreldrene som er bekymret for barnet og som initierer en kontakt med hjelpeapparatet. Foreldre kan i tillegg velge å avslutte behandlingen hvis de ikke er fornøyd eller er uenige i det som blir gjort i behandlingen. Flere studier har funnet at foreldrenes involvering i barnets terapi er relatert til et positivt behandlingsresultat for barnet McLeod og Weisz (2005) fant at foreldre som vurderte at de hadde en god relasjon til barnets terapeut gjorde færre avlysninger av timer og sjeldnere tok initiativ til prematur avslutning. Garzia og Weisz (2002) fant at foreldre som ønsket å avslutte behandlingen prematurt sa at det var fordi de selv eller barnet ikke likte terapeuten, fordi de opplevde at terapeuten ikke forsto dem eller at terapeuten fokuserte på feil problemer. Jensen et al. (in press) studerte barn og ungdom som det var mistanke om at hadde blitt utsatt for seksuelle overgrep og fant at arbeidsalliansen mellom barn og terapeut ikke bare avhenger av barnets, men også foreldrenes forståelse av terapiprosessen, samt hvordan de ble involvert og støttet opp om barnets deltagelse i terapiprosessen. I denne artikkelen argumenteres det for at en arbeidsallianse mellom barn og terapeut ikke er et dyadisk fenomen, men må inkludere foreldrenes involvering og støtte. Fordi foreldrenes involvering ser ut til å være viktig for at barnet skal få en god behandling, er det viktig å undersøke hvordan foreldre opplever å være involvert slik at vi kan få kunnskap om hva foreldrene opplever som hjelpsomt og hva de kan oppleve som lite nyttig eller vanskelig. Slik kunnskap kan hjelpe oss til å gi foreldre et best mulig tilbud.

Ut i fra et brukerperspektiv vil det også være viktig å intervju foreldre om deres opplevelse av møtet med BUP. Det er sjelden slik at foreldre bare følger barnet til BUP. Ofte vil de delta i foreldre- og/eller familiesamtaler sammen med barnet. Foreldrene representerer derfor en egen brukergruppe. Bjertnæs et al. (2008) gjennomførte som nevnt tidligere en spørreundersøkelse av foreldre som hadde vært i kontakt med BUP. De fant at foreldrene generelt rapporterte gode erfaringer med poliklinikkene. De var spesielt fornøyd med behandlerne. Det de var mest misfornøyd med var at de hadde fått for lite informasjon og at de i for liten grad hadde blitt tatt med på råd under behandlingen. I spørreundersøkelsen gjennomført av Bjørngaard et al. (2008) ble det funnet at familier som hadde gått lenge i behandling var mer fornøyd enn de som hadde gått i behandling over kortere tid, at foreldre med barn under seks år var mer fornøyd enn foreldre med eldre barn og at foreldre

med barn som hadde blitt henvist med eksternaliserende symptomer var mindre fornøyde enn de som hadde barn med internaliserende symptomer.

Spesielle utfordringer ved arbeid med traumatiserte barn og ungdom

Ingen av studiene som har undersøkt barns opplevelse av å gå i terapi har fokusert spesielt på barn og ungdom som har vært traumatisert. Fordi det er spesielle utfordringer knyttet til å arbeide med traumatiserte barn i terapi vil det å intervju denne gruppen kunne belyse spesielle problemstillinger. Før jeg går inn på hvilke utfordringer som er knyttet til å arbeide med denne gruppen barn, vil jeg gi en kort definisjon av begrepene "traumatisk hendelse" og "Post Traumatic Stress Disorder".

En traumatisk hendelse defineres i DSM-IV (APA, 1994) som det at en person:

opplever, er vitne til, eller blir konfronterte med en eller flere hendelser som involverer død eller trussel om død, alvorlig skade eller trussel mot egen eller andres fysiske integritet og personen reagerer med intense følelser av frykt, skrekk eller hjelpsløshet.

Barn kan etter en traumatisk hendelse i likhet med voksne utvikle symptomer på Post Traumatic Stress Disorder (PTSD). Vanlige symptomer på PTSD hos barn er:

- Gjenopplevelse: påtrengende minner, repetisjonslek, tilbakevendende, skremmende drømmer, ubehag eller kroppslig uro i situasjoner som minner om hendelsen og følelse av gjenopplevelse.
- Unngåelse/nummenhet: unngåelse av assosierte tanker, følelser eller samtaler; unngåelse av aktiviteter, mennesker eller steder som vekker minner; vansker med å huske viktige aspekter ved situasjonen; redusert interesse for viktige aktiviteter; følelse av distanse til andre, begrenset følelsesrepertoar, forkortet fremtidsutsikter.
- Hyperarousal/aktivering: søvnproblemer, irritasjon, sinne, konsentrasjonsvansker, hyperarvåkenhet, oversensitivitet på overraskende stimuli.

For å tilfredsstille kriteriene for PTSD må barnet ha symptomer fra alle tre kategorier. I tillegg må symptomene ha vart mer enn en måned etter hendelsen og ha ført til betydelig stress og

nedsatt evne til fungering. Selv om barnet ikke tilfredsstiller kriteriene for PTSD kan de allikevel være sterkt plaget og vil kunne trenge behandling. Et barn kan for eksempel ha bare symptomer fra en av kategoriene, men fordi det forekommer så hyppig kan det føre til betydelige plager for barnet (Jensen, 2007).

Janoff-Bulman (1992) har beskrevet hvordan det å oppleve en traumatisk hendelse kan få store konsekvenser for menneskets antakelser om seg selv og om verden. Å oppleve en trussel mot ens fysiologiske integritet vil for mange oppleves som en overveldende trussel mot ens psykologiske integritet. Overveldende hendelser gjør at mennesket blir konfrontert med sin egen sårbarhet på et dypt eksistensielt nivå som kan gjøre at deres syn på seg selv og andre mennesker endres. De kan ikke lenger anta at verden er et godt sted å være, at andre mennesker er gode og til å stole på og de kan ikke lenger anta at de har kontroll over negative hendelser som kan skje. Endrede forventninger til andre kan hos barn gi seg utslag i ett brudd i ”protective shield” som innebærer at barnet mister tilliten til foreldrenes og andres voksnes evne til å beskytte det (Pynoos, 1994). Redusert tillit til voksne kan skape utfordringer for terapeuter som skal arbeide med traumatiserte barn fordi det betyr at barnet ofte kommer med negative forventninger til terapeuten og at terapeuten i mange tilfeller i starten av prosessen må arbeide mye med å få barnet til å utvikle tillit.

En annen utfordring knyttet til å arbeide med traumatiserte barn er å få barnet til å snakke om den traumatiske hendelsen. Den primære emosjonelle opplevelsen under et traume er intens frykt og angst. Ofte vil det å snakke om hendelsen i seg selv være så ubehagelig og angstprovoserende at personen for enhver pris forsøker å unngå dette. Samtidig er det i følge den amerikanske psykologforeningens retningslinjer for PTSD (APA, 2003) en anbefaling at pasienter med PTSD-symptomer får behandling som innebærer eksponering for traumet. Det å skulle snakke om den traumatiske hendelsen når det er så ubehagelig er en vanskelig utfordring i arbeid med traumatiserte mennesker. Hvordan kan en få et barn med på å snakke om den traumatiske hendelsen og holde ut ubehaget som dette medfører inntil angsten reduseres? Barn som kommer i terapi av andre grunner vil ofte også vise grader av unngåelse i forhold til å snakke om det som er vanskelig. Ved PTSD er det imidlertid grunn til å tro at graden av unngåelse ofte vil være betydelig sterkere. Creed og Kendall (2005) fant at terapeuter som presset barnet til å snakke om noe som vekket angst førte til at barnet vurderte arbeidssalliansen som svakere. Det er derfor av betydning hvordan denne problemstillingen løses.

Formålet med undersøkelsen

Formålet med å utføre denne undersøkelsen har vært todelt. Hovedformålet har vært å utforske hvordan traumatiserte barn og deres foreldre kan oppleve et behandlingsforløp ved BUP. Jeg var interessert i å undersøke hvilke forventninger og opplevelser barn og foreldre hadde i tilknytning til å komme til BUP. Videre var jeg interessert i hvordan barnet opplevde å gå i behandling og hvilke forhold barnet mente var viktig for at det skulle kunne nyttiggjøre seg behandlingen. Hvordan beskriver barnet at det har endret seg og hvordan forklarer det denne endringen? Jeg var også opptatt av foreldrenes rolle i behandlingen. Hva syns foreldrene om å bli involvert i barnets behandling? Hva opplevde foreldrene som nyttig og ikke nyttig? Opplevde foreldrene at barnet endret seg i løpet av terapiprosessen og eventuelt på hvilken måte? Hvordan forklarer foreldrene at barnet har endret seg?

I tillegg til dette har jeg hatt et underordnet metodisk formål. Jeg har ønsket å undersøke hva slags informasjon det er mulig å få gjennom å intervju barn og foreldre om dette temaet over telefon. Telefonintervju er lite brukt innen kvalitativ metode. Store deler av den kvalitative forskningslitteraturen beskriver dette som en mindre egnet metode. Vanlige argumenter for at telefonintervju er en mindre god metode er blant annet at intervjuer ikke får tilgang til nonverbal kommunikasjon og kontekstuell informasjon og at det er større sannsynlighet for feiltolkning av det intervjupersonen sier (Novick, 2008). Chapple (1999) og Carr (1999) hevder imidlertid å ha vist at telefonintervjuer kan gi minst like utfyllende, levende og rike intervjudata. En viktig fordel med å gjennomføre intervju over telefon er at intervjupersonene kan føle seg mer anonyme og derfor lettere kan snakke om dypt personlige eller skamfulle tema. I USA har det for eksempel blitt vist at en stor gruppe kvinner fortalte at de hadde blitt voldtatt eller seksuelt misbrukt for første gang under et telefonintervju som var en del av en stor nasjonal undersøkelse (Resnick, Kilpatrick, Dansky, Saunders & Best, 1993). En annen fordel av rent pragmatisk art er at intervjupersonene er lettere tilgjengelige og at en kan intervju mennesker fra store geografiske områder uten å måtte reise dit.

Jeg har ikke kommet over noen andre studier som har intervjuet barn og foreldre om deres opplevelse av å gå i terapi over telefon. Det vil derfor være interessant å prøve ut hvordan dette kan fungere. Dette vil imidlertid ikke være et forsøk på å vurdere telefonintervju som metode opp mot ansikt-til-ansikt intervju, kun en utprøving av en annerledes måte å gjennomføre kvalitative intervjuer på. I diskusjonsdelen vil jeg drøfte mine erfaringer med å intervju om dette temaet over telefon.

Metode

Hensikten med denne undersøkelsen er som nevnt å undersøke hvordan barn og foreldre opplever å gå i terapi ved BUP. Fordi jeg ikke bare ønsket å vite hvorvidt de var fornøyd med behandlingen eller ikke, men å utforske nærmere hva som kan gjøre at det å gå i terapi kan oppleves på ulike måter, har jeg valgt å benytte det kvalitative forskningsintervjuet. Å anvende det kvalitative forskningsintervjuet innebærer å forsøke å forstå verden fra intervjupersonenes side, å få frem betydningen av menneskers erfaringer og å avdekke deres opplevelse av verden, forut for vitenskapelige forklaringer (Kvale, 2001).

Kvalitative intervju skiller seg fra dagliglivets samtaler ved at forskeren har en større bevissthet knyttet til hvordan spørsmålene formuleres og stilles, interaksjonen mellom intervjuer og den som intervjues og forskerens tolkninger av det som blir sagt under intervjuene (Kvale, 2001). I min undersøkelse har jeg gjennomført intervju av både barn og voksne. Noen forskere er opptatt av at det å intervju barn på mange måter er annerledes enn å intervju voksne og at en derfor må ta bestemte forholdsregler. Stith et al. (1996) påpeker for eksempel at fordi forholdet mellom barn og voksne alltid er asymmetrisk vil det være vanskeligere å danne et likeverdig forhold mellom forsker og informant når informanten er et barn. Fordi vi som voksne vil vi være preget av å se verden gjennom ”de voksnes briller” anbefaler Clark, Kjørholt og Moss (2005) at en ved intervjuing av barn forsøker å innta en ”ikke vite posisjon” der barnet får være ekspert og der en unngår å legge føringer som hindrer barnet i å si det han eller hun tenker. Andenæs (1991) påpeker imidlertid at å gjennomføre intervjuer med barn først og fremst tydeliggjør generelle utfordringer knyttet til arbeid med kvalitative intervjuer. I intervjuer med barn må en legge enda mer arbeid og omtanke i kontrakten rundt intervjuet, i etablering av felles fokus for samtaler og i å motivere og skape optimale betingelser for den som blir intervjuet. Dette betyr imidlertid ikke at det nødvendigvis er prinsipielle forskjeller mellom å intervju barn og voksne.

Woodhead og Faulkner (2000) hevder at mange forskere innen psykologi er opptatt av å ha en åpen holdning til det barnet forteller under gjennomføringen av intervjuet, men at bearbeidingen av data altfor ofte preges av voksne diskurser der den voksne forskeren inntar posisjonen som en ekspert på det barna forteller. I min undersøkelse har jeg forsøkt å være bevisst på å la barnas stemme komme tydelig fram. I starten av prosessen tenkte jeg at dette

først og fremst var knyttet til utformingen av intervjuguiden og gjennomføringen av intervjuene. At dette var viktig også under bearbeidingen og fremstillingen av datamaterialet ble tydelig for meg etter hvert som jeg oppdaget at barna og ungdommene formidlet mange viktige synspunkter gjennom intervjuene som jeg ble opptatt av å formidle videre.

Deltakere

Deltakerne i hovedoppgaveprosjektet består av 20 barn/ungdommer og deres foreldre. Alle barna og ungdommene har vært traumatisert og har vært igjennom psykologisk behandling ved sin lokale BUP. Alle er deltakere i en studie av traumefokusert kognitiv atferdsterapi (TF-CBT) som gjennomføres ved Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS, prosjektbeskrivelse). I studien anvendes et randomisert og kontrollert design (RCT-design). Det betyr at barna allokeres tilfeldig til enten TF-CBT-gruppen eller til kontrollgruppen. 15 av barna som har blitt intervjuet i hovedoppgaveprosjektet har tilhørt TF-CBT-gruppen. De resterende fem har tilhørt kontrollgruppen. Barna i kontrollgruppen mottar vanlig behandling bestemt av terapeuten selv. I dette utvalget besto kontrollterapien for de fleste av barna av en blanding av klientsentrert terapi og kognitiv terapi. Kriteriene for utvelgelse av informanter har vært de familiene som fortløpende har avsluttet sin behandling i tidsrommet mars 2009 til februar 2010 og som har takket ja til å bli intervjuet. Alle unntatt to familier sa ja til å bli intervjuet. Intervjuene ble gjennomført fra to til fem uker etter at behandlingen var avsluttet, med unntak av ett som ble gjennomført tre måneder etter avsluttet behandling.

Barna og ungdommene i hovedoppgaveprosjektet er i alderen 10 til 17 år. Seksten av dem er over 12 år. Siden alle er barn av sine foreldre brukes noen ganger fellesbetegnelsen ”barn” om hele gruppen, mens betegnelsen ”ungdom” kun refererer til de over 12 år. 13 av barna og ungdommene er jenter og syv er gutter. De har alle vært utsatt for en eller flere traumatiske hendelser. Type traumatiske hendelser har vært voldtekt, seksuelle overgrep, utsatt for eller vitne til vold/drap i familien, alvorlig mobbing/vold fra jevnaldrende, vitne til vold/slagsmål, utsatt for ran/overfall, involvering i alvorlig trafikkulykke og plutselig separasjon fra foreldre. Alle har fått påvist PTSD-symptomer over klinisk grense. I tillegg til barnet/ungdommen har den av foreldrene som prosjektet hadde vurdert som mest involvert i barnets behandling blitt intervjuet. I 13 av familiene var dette mor og i seks av familiene var det far. I en av familiene var ingen av foreldrene delaktige i barnets behandling. I noen av familiene hadde mor og far

vært like mye involvert. I familiene hvor dette var tilfellet var det tilfeldig hvem av foreldrene som ble intervjuet.

Familiene som deltok kommer fra flere deler av Norge. De aller fleste er imidlertid fra Østlandsområdet. Det er betydelige variasjoner når det gjelder sosioøkonomisk status, utdanningsnivå hos foreldrene (fra ufaglært til embetseksamen) og kulturell bakgrunn. Syv av barna har foreldre med utenlandsk opprinnelse. Alle barna bor med sine biologiske foreldre, med unntak av ett som bor hos fosterforeldre. De fleste barna og ungdommene har gjennomført hele behandlingen, med unntak av to. Det ble bestemt å ta med to drop-out-saker, fordi dette kunne gi verdifull innsikt i hva som gjør at barn eller ungdommer velger å avslutte sin behandling.

Traumefokusert kognitiv atferdsterapi (Trauma focused cognitive behavioral therapy – TF-CBT)

De fleste av barna har gått igjennom TF-CBT og jeg vil derfor gi en kort gjennomgang av denne terapimodellen. TF-CBT er en modulbasert korttidsterapi som vanligvis gjennomføres i løpet av 12 til 15 terapitimer. Modellen integrerer kognitive, atferdsmessige, interpersonlige og systemiske prinsipper med traumeintervensjoner. Foreldrene er i stor grad involvert i behandlingen og møter jevnlig opp til samtaler med barnets terapeut. Et viktig prinsipp i TF-CBT er bruk av gradvis eksponering i forhold til barnets traumehistorie. I de første timene er det fokus på psykoedukasjon knyttet til barnets reaksjoner og foreldreveiledning i forhold til dette. Deretter læres barnet opp i stressmestring, for eksempel puste- og avslapningsteknikker. Videre får barnet trening i å identifisere og regulere følelser (affektregulering) og det arbeides med forbindelsen mellom tanker, følelser og atferd ut i fra den kognitive triangelen. Etter hvert legges det opp til at barnet skal fortelle traumehistorien. Historien gjennomgås flere ganger for å oppnå gjentatt eksponering og for å få tak i lite hensiktsmessige tanker som kan ha oppstått i tilknytning til hendelsen. Hvis barnet har utviklet unngåelsesatferd i forhold til steder eller situasjoner som minner barnet om den traumatiske hendelsen vil terapeuten arbeide med å forsøke å redusere denne unngåelsesatferden. I noen tilfeller gjøres dette ved at terapeuten og barnet sammen drar til det stedet barnet har unngått. Til slutt prøver en få til en fellestime der barnet deler traumehistorien med foreldrene (Cohen, Mannarino & Deblinger, 2006).

Oversikt over komponentene i TF-CBT:

Komp.	Barn/ungdom	Foreldre
1	Psykoedukasjon om traumer og reaksjoner på traumer	Psykoedukasjon om traumer
2		Arbeid med foreldreferdigheter
3	Stressmestring: opplæring i puste- og avslapningsteknikker	Stressmestring
4	Affektregulering: arbeid med å identifisere og regulere følelser	Affektregulering
5	Arbeid med kognisjoner: Gjennomgang av det kognitive triangelet	Arbeid med kognisjoner
6	Arbeid med traumenarrativen. Lese traumenarrativen høyt underveis.	Innblikk i traumenarrativen
7	Kognitiv prosessering: arbeid med tanker og følelser knyttet til traumenarrativen	Innblikk i bearbeidelsen
8	In vivo desensitivering: reduksjon av unngåelsesatferd	Innblikk i hva barnet har arbeidet med
9	Fellestimer: Deling av traumenarrativen.	Fellestimer
10	Evaluerings: utarbeide sikkerhetsplan om nødvendig	Evaluerings

Hensikten med hovedoppgaveprosjektet er når det gjelder barna først og fremst å få tak i barnas opplevelse av å gå i terapi og hva barna mener var viktig for at de skulle kunne nyttiggjøre seg behandlingen. Jeg har besluttet å legge mindre vekt på hvilken terapimetode barna har mottatt og har derfor ikke sammenlignet de ulike terapimetodene.

Prosedyre

Barn og foreldre ble ved siste kartlegging av symptomer etter endt terapiforløp spurt av en ansatt ved TF-CBT-prosjektet om de kunne tenke seg å svare på noen spørsmål om hvordan de hadde opplevd behandlingen. Barna og foreldrene har flere ganger måttet møte opp til kartlegging som en del av studien. For at de skulle slippe å møte opp til enda en avtale ble det besluttet å gjøre intervjuene over telefon.

Tre av familiene ble intervjuet av prosjektleder og resten ble intervjuet av meg. Vi ringte først hjem til foreldrene og presenterte oss og formålet med studien. Hvis det passet for familiene gjennomførte vi intervjuene første gang vi snakket med dem. Hvis det ikke passet, avtalte vi

et nytt tidspunkt hvor vi kunne ringe. Vi lot det være opp til foreldrene om vi intervjuet barna eller foreldrene først. Når det gjaldt ungdom over 16 år ringte vi dem først og spurte om tillatelse til å intervju foreldrene. De fleste av ungdommene hadde egen mobiltelefon. Dette gjorde det enkelt å komme i direkte kontakt med dem. Under intervjuene ble telefonens høyttaler slått på slik at intervjuene kunne taes opp på bånd. Samtlige av intervjuene ble transkribert ordrett, med unntak av to. De to siste intervjuene ble lyttet til gjentatte ganger og relevante sitater ble transkribert.

For å best mulig kunne forstå hva barna snakket om under intervjuene ble det på forhånd undersøkt hva slags traumatiske hendelse barnet hadde vært utsatt for, hvor langt terapiforløpet hadde vært, hvor mye foreldrene hadde vært involvert og om det var spesielle hendelser som hadde skjedd underveis i terapiforløpet.

Intervjuene

Fordi intervjuene skulle gjennomføres over telefon ble det ansett som nødvendig å benytte et relativt strukturert intervju. Et strukturert intervju har den ulempe at det kan styre og begrense intervjupersonens svar (Smith, 1995). For å motvirke dette ble flere av spørsmålene formulert så åpent som mulig. Spørsmålene ble utarbeidet i samarbeid med prosjektleder. Det ble lagt til flere spørsmål underveis i prosessen etter som informantene ga svar som vekket interesse for nye tema. Intervjuet var semistrukturert i den forstand at det var åpning for å følge nye temaer som intervjupersonen tok opp. Det ble heller ikke ansett som viktig at spørsmålene måtte stilles i en bestemt rekkefølge. Dette gjorde at det var mulig å følge det intervjupersonene fortalte og stille spørsmålene ut i fra hvordan samtalen utviklet seg.

I forkant av intervjuene ble det informert om hensikten med intervjuet: å få mer informasjon om hvordan barn og foreldre opplever å gå i behandling. Det ble også informert om at intervjuer ikke er ansatt på BUP og at familiens terapeut derfor ikke vil få kjennskap til det barna eller foreldrene forteller. I tillegg ble det sagt at intervjuet er frivillig, at intervjupersonene kan trekke seg når som helst og at svarene vil bli behandlet anonymt.

Barneintervjuet besto av ni spørsmål som omhandlet:

- forventninger og opplevelser knyttet til å komme til BUP
- opplevelse av endring og årsak til endring

- hvordan barnet opplevde å snakke om den traumatiske hendelsen
- hvordan barnet opplevde at terapeuten snakket med foreldrene uten at barnet var tilstede
- om barnet opplevde det annerledes å snakke med en terapeut sammenlignet med andre voksne, og eventuelt hva som ble opplevd som annerledes
- hva slags råd barnet ville gitt til terapeuter som skal jobbe med barn/ungdom og hva slags råd barnet ville gitt til andre barn i samme situasjon som dem selv.

Foreldreintervjuet besto av syv spørsmål som omhandlet:

- forventninger og opplevelser knyttet til å komme til BUP
- om foreldrene opplevde at de selv og barnet hadde fått hjelp og hva denne hjelpen eventuelt bestod av
- om foreldrene syns de har fått nok informasjon om hva som skulle skje i behandlingen
- om foreldrene opplevde at barnet har endret seg og eventuelt hva denne endringen skyldes
- hva foreldrene ville anbefale andre foreldre i samme situasjon å gjøre

Se appendiks for detaljert intervjuguide.

Erfaringer fra gjennomføring av intervjuene

Intervjuene med barna/ungdommene varte fra 10 til 20 minutter, avhengig av hvor utfyllende svar barna ga. Noen barn sa veldig lite. Med disse barna ble det nødvendig å stille mange probespørsmål. Andre ga utfyllende svar og ga uttrykk for at de syns det var fint at noen ønsket å høre hva de mente. Spesielt spørsmålene hvor de ble bedt om å gi sine anbefalinger var det flere som ga uttrykk for at de likte, antakelig fordi det gav dem en opplevelse av å være ekspert. Generelt ga ungdommene mer utfyllende svar enn de yngste barna.

En stor fordel med å kunne intervju over telefon er at det som regel har vært enkelt å få tak i barna og ungdommene. Dette gjaldt særlig de som hadde egen mobiltelefon. Det har virket som at mange av barna og ungdommene har tatt telefonen nesten uansett hva de har holdt på med. Jeg har intervjuet ungdom som har vært hos venner og på vei hjem fra skolen. Jeg har tilbudt dem at jeg kan ringe på andre tidspunkter, men ungdommene har insistert på at det går fint å snakke. Dersom de ikke har ønsket at vennene skulle høre hva de snakket om har de gått

inn i et annet rom eller trukket seg unna på andre måter. I noen få tilfeller har det hendt at barnet eller ungdommen har vært i en situasjon hvor jeg har tenkt at det er ugunstig at de blir intervjuet. I slike tilfeller har jeg avtalt at jeg ringer igjen senere.

Når det gjaldt foreldrene var det også variasjoner i forhold til hvor lange intervjuene ble, fra 10 til 25 minutter. Noen få foreldre oppfattet at intervjuet skulle være svært kort og ga veldig knappe svar, for eksempel ja/nei-svar med en liten tilleggs kommentar. Under disse intervjuene var det en utfordring å få mer beskrivende svar. Andre foreldre var opptatt av å gi utfyllende svar og ga uttrykk for at de satte pris på å få si sin mening. Foreldrene har generelt vært vanskeligere å få tak i enn barna. Dette kan henge sammen med at foreldrene generelt er travlere enn barna og at mange har en lavere terskel for å ikke ta telefonen hvis det ikke passer.

Etiske betraktninger

Intervjuene ble som nevnt tidligere utført som en del av effektivitetsstudien av TF-CBT som utføres ved NKVTS. Dette forskningsprosjektet er godkjent av norsk regional komité for medisinsk forskningsetikk (REK). Alle barna og foreldre ble som nevnt tidligere fortalt at det var frivillig å delta i intervjuet og at de kunne trekke seg når som helst.

Under gjennomføringen av intervjuene jeg vært opptatt av at både barnet og foreldrene skal oppleve det å bli intervjuet på en positiv måte. Jeg har lagt vekt på å ha en bekreftende og anerkjennende holdning overfor det barnet og foreldrene fortalte. Jeg har også blitt lagt vekt på å formidle at de erfaringene barnet og foreldrene har fortalt om representerer verdifull kunnskap. Fordi temaet de har blitt intervjuet om er svært personlig har det vært viktig å være sensitiv og respektfull overfor signaler som indikerer at informantene nærmer seg tema de ikke ønsker å gå inn i.

Under presentasjonen av resultatene har jeg hatt fokus på å presentere barn og foreldres synspunkter på en respektfull måte. Barn og foreldre har i noen tilfeller kommet med kritiske uttalelser om sine terapeuter. Jeg har presentert disse synspunktene, men samtidig lagt vekt på å presisere hvilke utfordringer terapeuter står overfor i arbeid med denne klientgruppen.

Familiene og deres terapeuter har blitt gitt fiktive navn som har blitt brukt under bearbeidingen av intervjuene og informasjon som kan avsløre deres identitet har blitt fjernet fra oppgaven. Under presentasjonen av spesielt sensitive sitater har jeg i tillegg utelatt barnas fiktive navn for å minimere sannsynligheten å gjenkjennelse.

Analyseprosessen

Som analyseverktøy har jeg benyttet tematisk analyse. Tematisk analyse er en fleksibel metode som kan brukes til å identifisere, analysere og rapportere datamateriale. Tematisk analyse har tradisjonelt blitt sett på som et kodingsverktøy som blir benyttet innenfor ulike kvalitative analysemetoder, og har ikke vært anerkjent som en selvstendig metode. Braun & Clarke (2006) argumenterer imidlertid for at tematisk analyse bør anses som en fullverdig analysemetode på linje med andre tilnærminger.

Første skritt i analyseprosessen var å gjøre seg kjent med datamaterialet. Dette gjorde jeg gjennom å transkribere intervjuene, lese igjennom alle transkripsjonene og skrive sammendrag av hvert intervju. Ut i fra forskningsspørsmålene mine utarbeidet jeg deretter analysespørsmål. Med utgangspunkt i analysespørsmålene laget jeg kategorier som kunne hjelpe meg med å få svar på analysespørsmålene. Fordi intervjuguiden min var såpass strukturert oppdaget jeg at det var vanskelig å utarbeide analysespørsmål som ikke sammenfalt med spørsmål fra intervjuguiden. Braun og Clarke (2006) påpeker at en tematisk analyse ikke bare skal inneholde en oppsummering av svarene på intervju spørsmålene, men svar på mer overordnede spørsmål. Ved å lage flere kategorier, stille spørsmål på tvers av kategoriene og sammenligne ulike kategorier kom jeg etter hvert fram til mer videreutviklede analysespørsmål som kunne gi svar på forskningsspørsmålene mine. Dette illustrerer sirkulariteten i den kvalitative forskningsprosess der forskeren beveger seg fram og tilbake mellom forskningsspørsmålene og datamaterialet (Flick, 2002).

Underveis i analyseprosessen besluttet jeg å gjennomføre flere intervjuer for å få et fyldigere intervjumateriale. Jeg gjennomførte intervjuer med 14 nye familier slik at jeg til slutt hadde intervjuer med 20 familier. Etter at jeg hadde transkribert de aller fleste av de nye intervjuene og lest igjennom disse oppdaget jeg at jeg hadde fanget flere nye fenomener og at intervjumaterialet fremstod som betydelig mer innholdsrikt. Hovedfokus ble nå utvidet fra et generelt fokus på barnet og foreldrenes opplevelse av å gå i terapi til hva barna og foreldrene

opplevde som viktig for at de skulle kunne nyttiggjøre seg behandlingen. Jeg laget på dette tidspunktet flere nye analysespørsmål og startet analyseprosessen delvis på nytt. For å øke den interne validiteten passet jeg denne gangen på å stadig vende tilbake til transkripsjonene og lese dem systematisk for å undersøke om analysene var gyldige.

Til slutt satt jeg igjen med svært mange tema. Et av de siste leddene i analyseprosessen er å sortere ut hvilke tema forskeren anser som mest relevante. Denne avveiningen ble gjort ut i fra hvilke temaer som best kunne belyse forskningsspørsmålene mine og hva som ville være mest relevant ut i fra kunnskapssituasjonen på feltet.

Under arbeidet med fremstillingen av resultatene fant jeg ut at en hensiktsmessig måte å presentere materialet på var å dele det inn før, under og etter behandlingen. Fremstillingen av resultatene blir derfor presentert i følgende rekkefølge:

1. Begynnelsen: Forventninger og opplevelser knyttet til begynnelsen av behandlingen
2. Underveis: Beskrivelser av hva som gjorde at behandlingen ble oppfattet som hjelpsom og hva som skulle til for å skape en god behandlingsopplevelse.
3. Etter: Beskrivelser av endring og hva som har skapt endring

I fremstillingen av resultatene har jeg valgt å gi barna og ungdommene mest plass fordi jeg mener deres bidrag er de viktigste i forhold til å utvide kunnskapssituasjonen på feltet. Som nevnt innledningsvis er det gjort svært få studier av barn og ungdommers opplevelse av å gå i terapi. Selv om foreldrene har deltatt er det også barnet som har først og fremst har gjennomgått en behandling. Jeg har valgt å presentere barna og foreldrenes bidrag hver for seg fordi de i flere tilfeller viser seg å være ganske forskjellige. En slik fremstilling tydeliggjør også at de representerer hvert sitt perspektiv.

Resultatene vil bli diskutert i forhold til relevant litteratur. I fremstillingen av resultatene har jeg valgt ut de sitatene som best illustrerer funnene. Ved bruk av sitater har jeg i noen tilfeller forenklet utskriftene fra intervjuene for å få fram poengene tydeligere. Jeg har for eksempel fjernet intervjuerens små kommentarer.

Resultater

Selv om barn og foreldre ble intervjuet etter at behandlingen var avsluttet hadde de fleste klare minner fra hvordan det var å komme til BUP den første gangen og hvordan de opplevde de første timene sammen med terapeuten.

Barnas forventninger og opplevelser knyttet til begynnelsen av behandlingen

”Å komme til BUP for første gang var skummelt”

Barna og ungdommene ga forskjellige beskrivelser av sine forventninger til å komme til BUP for første gang. Noen sa at de ikke hadde så mange forventninger. En fortalte at han gledet seg. De aller fleste ga imidlertid beskrivelser av at de grudde seg til å komme den første gangen. Det å grue seg ser særlig ut til å være knyttet til tre aspekter. For det første var det å komme til BUP for første gang en ukjent situasjon som barna og ungdommene ikke helt visste hva ville innebære. For det andre var flere engstelige for å møte terapeuten. Noen forklarte at dette var fordi terapeuten var en fremmed person som det lå en forventning om at de skulle åpne seg for. For det tredje fortalte mange at de var redde for å snakke om det de hadde vært utsatt for. Christina, 17 år, beskrev dette:

I: Kan du først fortelle litt om hvordan du syns det var å komme til BUP den første gangen?

C: *Ja, det var... det var greit, men jeg var jo litt skeptisk da for jeg har jo aldri vært hos en psykolog før. Men det gikk jo veldig bra da, første gang. Og jeg trivdes faktisk veldig godt med hun jeg hadde på BUP.*

I: Ja. Husker du hva du hadde tenkt før du kom? Om du hadde grudd deg litt eller gledet deg litt eller?

C: *Jeg gruet meg litt til å snakke om de hendelsene som hadde skjedd ja.*

I likhet med Christina var det flere av de andre barna og ungdommene som kom til BUP med en forventning om at de kom til å måtte snakke om den traumatiske hendelsen de hadde opplevd. Dette kan henge sammen med at det i vår kultur er en utbredt oppfatning om at det å ”få snakket ut” er viktig når man har opplevd noe vanskelig. Daniel, 12 år, hadde vært utsatt

for flere alvorlige mobbeepisoder og var sterkt plaget av PTSD-symptomer. Han fortalte også at han grudde seg i starten:

D: Det føltes litt rart, men... jo det føltes litt rart. Og litt sånn... og at jeg var litt redd... kjemperedd og sånn..

I: At du var redd ja. Det kan jeg forstå. Kan du huske hva du var litt redd for?

D: Jeg var redd for hvordan det skulle gå.. alt det jeg hadde opplevd og sånt.

Jensen et al. (in press) intervjuet barn som gikk i psykologisk behandling på grunn av mistanke om seksuelle overgrep. I denne studien ble det også funnet at de fleste barna var usikre og redde før det første møtet med terapeuten. Jensen et al. påpeker at det er en ekstra utfordring for terapeuter å måtte starte opp fra et negativt startpunkt og ikke kunne lene seg på positive forventninger.

Lars Petter, 17 år, var den eneste av ungdommene som fortalte at han gledet seg til å komme:

LP: Jeg gleda meg liksom hver gang for å komme dit for jeg veit at jeg får prata om åssen jeg har det og sånn.

I: Du gleda deg hver gang ja?

LP: Ja.

I: Ja. Var det sånn helt fra første gang du kom eller?

LP: Ja.

I: Hva var det som gjorde at du gledet deg?

LP: At da visste jeg at jeg skulle få hjelp til det jeg sleit med.

Lars Petter hadde gått til behandling på BUP tidligere og hadde den gangen opplevd å få god hjelp. Erfaring ser derfor ut til å kunne påvirke forventningene i positiv retning. Erfaring ser imidlertid også ut til å kunne påvirke forventningene i negativ retning. Linda, 16 år, hadde tidligere hatt samtaler med psykisk helsetjeneste i kommunen og opplevde den gangen at det ikke hjalp å komme til samtaler. Linda valgte å avslutte behandlingen på BUP etter bare to timer. Hun fortalte at dette delvis skyldtes at hun på forhånd hadde bestemt seg for at terapien ikke ville hjelpe og at hun fikk bekreftet dette etter de to første timene. Hun sa samtidig at hun har lurt på om det at hun var så negativt innstilt var årsaken til at terapien ikke hjalp.

”Det ble lettere etter hvert”

Selv om de grudde seg opplevde de fleste barna og ungdommene at det å komme til BUP ikke ble så skummelt som de hadde forventet. Dette ser særlig ut til å være knyttet til at de opplevde at terapeuten var hyggelig og at hun ga dem en følelse av trygghet. Ane, 15 år, beskrev hvordan terapeuten fikk henne til å slappe av:

... men da jeg så Trine så virket hun veldig koselig og hun var liksom veldig rolig og veldig laidback og hun stresset meg liksom ikke så mye. Jeg følte at jeg kunne slappe av og sånn. Jeg syns hun virket veldig bra, eller jeg fikk veldig bra førsteinntrykk av henne.

Det å bli trygg på terapeuten kan imidlertid ta tid. For noen handlet det om at de i utgangspunktet var litt sjenerte og at det derfor var vanskelig å snakke med en voksen person som de ikke kjente. For andre handlet det om at det var vanskelig å skulle stole på et nytt menneske. Kjersti, 15 år, fortalte at hun er veldig sjenert og at hun syns det er vanskelig å prate med nye mennesker. Hun sa at hun måtte være der noen timer før hun begynte å bli trygg:

Den første gangen syns jeg egentlig var litt sånn skummelt... fordi jeg skulle liksom snakke med en person som jeg ikke hadde møtt før og... Det var litt ubehagelig da, men etter en sånn tre timer... eller tre forskjellige dager da så ble det mye bedre fordi.... I hvertfall terapeuten min var veldig hyggelig og jeg greide å åpne meg for henne og sånn da.

Svendsen (2007) påpeker at fordi barneklinter som regel ”sendes” til terapi og ikke selv opplever at de har behov for hjelp trenger de å forberedes til terapi for å kunne erfare terapi som meningsfullt. Derfor blir innledningsfasen viktig som en fase der barnet utvikler forventninger til terapeuten som en hjelper og terapirelasjonen som en hjelpende relasjon. Gjennom de innledende terapitimene kan terapeuten sammen med barnet utforske ”hvem vi skal være for hverandre” og ”hva vi skal holde på med her”. Fordi de fleste av informantene relativt nylig hadde opplevd en traumatisk hendelse og hadde utviklet symptomer etter dette hadde de fleste en oppfatning av at de trengte hjelp og at de var kommet til BUP for å få hjelp. På den måten skiller de seg fra barn og ungdom som ”sendes” til BUP og som ikke opplever at de trenger hjelp. De fleste visste imidlertid lite om hva det å gå i terapi ville

innebære og trengte tid til å finne ut av dette. Carlos, 15 år, beskrev for eksempel at han i starten var usikker på hvorfor terapeuten stilte så mange spørsmål:

C: Første gangen så var det litt vanskelig fordi det var jo noe nytt. Det var ikke så... Jeg var på en måte litt skeptisk til henne, ikke sant?

I: Du var litt skeptisk?

C: Ja, og spørsmålene hun stilte meg og sånn.

I: Ja. Hvorfor tror du at du var skeptisk?

C: Det var det at.... For å si det sånn, jeg møtte henne første gang og jeg var ikke sikker på hva henne ville... jeg visste ikke om hun ville få noe ut av meg sånn. Jeg på en måte stolte ikke på henne, ikke sant?

Fordi Carlos hadde opplevd vold i familien og også hadde kontakt med barnevernet kan han ha vært usikker på hva slags konsekvenser det ville få for familien hans at han betrodde seg til terapeuten. En dag bestemte han seg imidlertid for å begynne å snakke. Carlos sa:

C: Ja, etter hvert ble det lettere å snakke med henne fordi.. Jeg gikk der hver dag og jeg tenkte jeg måtte snakke en dag så jeg tenkte "ja, ja, jeg burde kanskje prøve". Så begynte jeg å snakke med henne og da viste det seg at vi gikk godt overens.

I: Ja.. Så du var der noen timer hvor du ikke sa så mye eller?

C: Ja, det var noen timer hvor jeg ikke sa så mye og på en måte ikke var samarbeidsvillig, ikke sant?

I: Men så bare bestemte du deg for at du ville prøve?

C: Ja, fordi det var en tid da jeg trengte å snakke, ikke sant? Jeg følte meg ganske dårlig så jeg snakka med henne og det hjalp veldig mye.

Den umiddelbare følelsen av at det hjalp å snakke og at Carlos opplevde at han og terapeuten kom godt overens ser ut til å ha vært viktig for at Carlos kunne fortsette å snakke med terapeuten. På spørsmål om hva det var som gjorde at han bestemte seg for å begynne å snakke svarte han: "Hun på en måte så ikke slem ut og hun på en måte klarte å overbevise meg og at alt jeg sier til henne vil være mellom oss to, ikke sant?". Dette kan beskrives som en utvikling av en oppfatning av terapeuten som en som kan hjelpe og en som det går an å stole på.

Foreldrenes forventninger og opplevelser knyttet til begynnelsen av behandlingen

I likhet med barna er det mange av foreldrene som beskrev at de i starten var spente og engstelige for å komme til BUP. De fleste hadde ingen erfaring med BUP og var usikre på hva som ventet dem. Dessuten var de lei seg for det som hadde skjedd med barnet. Å oppleve at ens barn plutselig blir voldtatt eller utsatt for en annen ubehagelig hendelse vil kunne skape sterke følelsesmessige reaksjoner hos foreldre. I tillegg til å være lei seg gikk mange med en følelse av at de ikke strakk til som foreldre. Mor til Øyvind, 16 år, sa:

Han var veldig opp og ned i humøret... han viste store problemer og var veldig negativ. Han hadde problemer med å sove. Det virket som om han hadde mistet kontrollen fullstendig over livssituasjonen sin. Og det var såpass store utslag på de svingningene at jeg tenkte "dette er noe mer enn bare vanlig tenåringsutagering" og jeg tenkte at "dette her klarer ikke jeg å takle og forholde meg til." Jeg trengte rett og slett hjelp.... med hvordan jeg skal forholde meg til den atferden han viste da..

I forbindelse med å føle at en ikke strekker til er det også noen av foreldrene som fortalte at de kom til BUP med mye skyldfølelse. Mor til Maria, 17 år, sa: *"Jeg opplevde at jeg ikke kunne gjøre noe for henne. Og jeg var ikke tilstede for henne. Den skyldfølelsen jeg gikk med..."*

Wachtel (1994) påpeker at det er svært vanlig at foreldre kommer til barn- og ungdomspsykiatrien med skyldfølelse.

To av foreldrene med utenlandsk bakgrunn fortalte at de kjente på skam knyttet til å oppsøke BUP. Dette ser særlig ut til å være knyttet til at andre skal få vite hva barnet eller ungdommen deres har blitt utsatt for. I begge disse familiene hadde døtrene blitt seksuelt misbrukt. Den ene faren syns det var ubehagelig at de på BUP fikk vite om dette og skulle ønske de kunne *"håndtert det i familien"*. En av mødrene var mer opptatt av at det å gå på BUP kunne føre til andre fra lokalmiljøet fikk vite hva datteren hadde blitt utsatt for:

.... fordi i min kultur så er det ikke lett å gå inn på BUP for folk snakker om at "hun går på BUP og hun har sikker gjort et eller annet og hun har mistet jomfrudommen sin og det er sikkert derfor hun går der" og masse bla bla..

Selv om mange opplevde at det var vanskelig å oppsøke BUP, beskrev de fleste at møtet med BUP ble en positiv opplevelse. Moren til en av ungdommene som hadde opplevd å bli voldtatt fortalte hvordan hun opplevde det første møtet:

I: Kan du først fortelle meg litt om hvordan du opplevde å komme til BUP?

M: *Ja., Det er et sånn type spørsmål som er litt vanskelig å svare på fordi i utgangspunktet så er det ikke et sted man ønsker å være. Men så er det jo sånn at når en først har behov for det så oppleves det veldig ålreit å komme og vi følte at vi ble mottatt godt.*

I foreldrenes beskrivelser av møtet med BUP var mange opptatt av at de hadde blitt tatt godt i mot og at de ble godt i varetatt. I tillegg brukte mange begreper som handlet om tillit, for eksempel: *”Vi ble tatt godt i mot, jeg følte at vi var i trygge hender ”*. En annen forelder sa: *”Men jeg fikk tilliten allerede på første møte. Jeg visste allerede at jenta mi kom til å få god hjelp der.”* At opplevelse av tillit vektlegges så høyt kan henge sammen med at foreldrene opplevde at de var i en situasjon der de måtte gi fra seg noe av ansvaret for barnet til en fagperson og at de i møte med denne fagpersonen var opptatt av å gjøre en vurdering av om denne personen var til å stole på eller ikke. Hansen (2002) hevder at det hører med til en omsorgsposisjon å forsikre seg om at barnet er i gode hender når det skal møte en ny voksen person, noe som innebærer at foreldrene selv må føle seg trygg på den personen barnet deres skal møte.

Fordi mange av foreldrene var ukjente med hva det vil si å gå i psykologisk behandling kunne det være vanskelig å gjøre en vurdering av terapeutens profesjonalitet. En av mødrene sa: *”Man blir jo litt sånn ydmyk fordi det er et felt man ikke kan noe om. Det er litt sånn ”jeg går ut fra at de vet hva de holder på med”*.

Barnas beskrivelser av hva som var viktig underveis i behandlingen

Som vi har sett var flertallet av barna usikre på hva det ville si å gå i psykologisk behandling før de kom til BUP. De gruet seg og var nervøse og spente på hva som ventet dem. Etter at behandlingen er avsluttet har de gjort seg erfaringer som gjør at de sitter inne med en helt annen kunnskap om hva det vil si å gå til behandling til BUP. Mange hadde tanker om hva som var viktig for at de skulle få noe ut av behandlingen.

Like terapeuten

Et gjennomgående funn er at de aller fleste barna og ungdommene var opptatt av om de likte terapeuten sin eller ikke og at det å like terapeuten er knyttet til hvor fornøyde de var med behandlingen. Det å like terapeuten ble oftest knyttet til terapeutens personlige egenskaper, for eksempel at hun var snill og hyggelig, at hun tok dem på alvor og at de følte at de kunne stole på henne. Dette stemmer overens med tidligere studier som har funnet at barn og ungdommer er mer opptatt av personlige egenskaper framfor profesjonelle egenskaper ved terapeuter enn det voksne ser ut til å være (Carrol, 2002; Jensen, 2004). Jensen (2004) mener dette kan skyldes at barnet mangler andre måter å forstå en terapeutisk relasjon på og derfor vil vurdere terapeuten ut i fra mer konvensjonelle måter. De eldste ungdommene jeg intervjuet var noe mer opptatt av terapeutens profesjonelle egenskaper, for eksempel at hun var flink til å hjelpe dem fordi hun hadde kunnskap om traumer. Ungdommene viser også en forståelse av at terapirelasjonen er en annerledes relasjon enn for eksempel en venns relasjon. Andrea, 16 år, sa at hun likte terapeuten sin så godt at hun skulle ønske de kunne fortsette å være venner etter behandlingen. Samtidig innser hun at dette ikke er mulig:

A: Ja, jeg følte liksom at hun var psykologen min, men hvis hun hadde blitt litt mer enn det så hadde det vært kjempegreit, men for meg var det egentlig helt greit fordi hun viste meg at hun brydde seg og sånn..

I: Mmm.. Hva mente du med at hvis hun hadde blitt litt mer?

A: Som på en måte... jeg vet ikke hvordan jeg skal si det, men litt mer som en venninne for eksempel. Men det går jo ikke...

Å like terapeuten kan forstås som en del av det å utvikle et terapeutisk bånd som er en av de tre komponentene i Bordins modell om arbeidsallianse (Bordin, 1979). Det emosjonelle båndet er den mest robuste delen av alliansen og det som er sterkest assosiert med utfall av terapi (Orlinsky, Rønnestad & Willutzki, 2004). Det å like terapeuten blir imidlertid ikke oppfattet som nok i seg selv til å kunne skape endring. Noen av ungdommene beskrev at de likte terapeuten, men at de allikevel ikke opplevde at de fikk hjelp. Et eksempel er Katrina, 16 år, som forteller at hun likte terapeuten sin, men at hun ikke synes det hjalp å gå i terapi. Katrina valgte å avslutte behandlingen etter kort tid.

Betydningen av å like terapeuten ses aller mest tydelig hos de av ungdommene som ikke likte terapeuten sin. De snakker om terapien på en negativ måte og sier at de har fått lite ut av

behandlingen. Særlig de ungdommene som har opplevd at de ikke har blitt hørt eller at de har blitt presset av terapeuten ga negative beskrivelser som indikerer at de ikke likte terapeuten. Dette skal jeg komme tilbake til senere i resultatdelen. En av ungdommene knyttet det at hun ikke likte terapeuten sin til at de aldri ble ordentlig kjent. Hun beskrev at det i timene ”*ble veldig mye ord*” og at terapeuten ”*aldri snakket rett fra levra*”. Dette kan forstås som et ønske om at terapeuten skulle vise mer av sin personlighet eller opptre mer autentisk. Terapeutens noe anonyme holdning kan ha vært med på å gjøre det vanskelig for Kristin å bli ordentlig kjent med terapeuten. Creed og Kendall (2005) fant i en studie av terapeutisk allianse at terapeuter som snakket med barn på en formell måte formet svakere allianser med barna vurdert av barna selv og observatører.

Samtidig som det ser ut til å være viktig å bli godt kjent med terapeuten beskrev mange at det er lettere å snakke med en terapeut er fordi terapeuten er en person *utenfor* familien, en som ikke kjenner dem på samme måte som foreldrene. På spørsmålet om hva som var forskjellen mellom å snakke med terapeuten og foreldrene svarte Sara, 16 år, at det var fint at terapeuten var en tredjeperson:

Jorunn var jo på en måte en tredjeperson da som jeg ikke har så mye kontakt med i hverdagen. I privatlivet mitt. Mens foreldrene mine er jo mennesker jeg møter hver dag og det blir litt annerledes. Det er mye lettere å prate med en tredjeperson på en måte, en tredjepart som du tenker... det er et spesielt sted da hvor du prater om ting da... som er vanskelig.

At mange opplevde at det var lettere å snakke med en person utenfor familien ser ut til å henge sammen med flere forhold. For det første var det noen som hadde opplevd vold innen familien, for eksempel fra far eller stefar, og som syns det var vanskelig å snakke med mor om dette. Dette så ut til å henge sammen med at de følte at kom i en lojalitetskonflikt mellom sine foreldre. For det andre var det mange av ungdommene som da de kom til BUP hadde et veldig konfliktfylt forhold til foreldrene. For disse var det godt å kunne snakke med en voksenperson som de også kunne drøfte konfliktene med foreldrene med. Ane, 17 år, fortalte at hun har en del konflikter med mamma og at det derfor var godt å snakke med en terapeut som hun også kunne ta opp det som er vanskelig med mamma. På spørsmålet om det var annerledes å snakke med en psykolog enn å snakke med mamma, svarte hun:

Ja, det er det. For da kunne jeg liksom ... når jeg snakker med mamma så er det alltid noe som på en måte er galt med henne og da. Eller ikke sånn, men sånn at det kanskje er noe jeg vil snakke med andre om som kanskje er om mamma. Men med Ingvild så kunne jeg snakke med henne om alle personer og om alt som var med meg da uten å skåne noen eller å.. ja. Så det var greit.

For det tredje var det flere av barna og ungdommene som trakk fram at det var bedre å snakke med en utenfor familien fordi det gjorde at de ikke trengte å ta hensyn til og skåne terapeutens følelser. Vi ser at Ane også nevner dette. Foreldre av barn og ungdom som har vært igjennom traumatiske hendelser vil i mange tilfeller ha sterke, negative følelser knyttet til det barnet har opplevd (Pynoos, 1994). Barn og ungdommer vil ofte unngå å snakke om hva de har opplevd fordi de forstår at foreldrene syns det er ubehagelig å høre om (Jensen, 2007). En 16 år gammel jente som hadde opplevd å bli seksuelt misbrukt fortalte at hun syns det var skremmende at terapeuten skulle snakke med faren hennes:

I: Kan du si litt om hvorfor det var skremmende?

B: *Jeg visste ikke hva han skulle få vite.*

I: Nei..

B: *Og jeg ville ikke at han skulle bli sånn trist igjen, hvis du skjønner hva jeg mener?*

I: Du ville ikke at han skulle være trist?

B: *Ja, eller få sånn dårlig... inni seg... dårlig følelse.*

Kjenne seg forstått

Flere av barna trakk fram betydningen av at terapeuten kunne forstå dem. Dette har også blitt funnet i tidligere intervjustudier hvor en har intervjuet barn om hvordan de opplever å gå i terapi (Day et al., 2006). Andrea, 16 år, hadde opplevd å bli voldtatt. Hun sa:

A: *Det er ikke like enkelt å snakke med andre mennesker fordi de forstår meg ikke like godt som terapeuten gjorde fordi når jeg fortalte om den hendelsen så var det sånn at alle sa "ja, men sånt skjer", men de var ikke tilstede og så hvor ille det var, men Tonje forstod jo det ganske godt da. Så det hjalp veldig mye.*

I: Hun forstod det med en gang?

A: *Ja, hun forstod at det faktisk var det som plaget meg når jeg fortalte om det første gang. Hun skjønte at det var den hendelsen.*

Andrea beskriver i denne intervjusekvensen betydningen av at terapeuten forsto to ting: For det første forsto terapeuten hvor alvorlig skremmende og ubehagelig den hendelsen jenta hadde opplevd hadde vært for henne. Andrea setter dette opp mot hvordan andre mennesker har møtt henne med mer bagatelliserende fraser som ”ja, men sånt skjer”. For det andre forsto terapeuten hvor plaget jenta var av minnene knyttet til voldtekten og at konsentrasjonsproblemene og aggresjonsutbruddene hennes var knyttet til den traumatiske hendelsen. Fordi terapeuten hadde kunnskap om traumer og PTSD kunne hun se denne sammenhengen.

Opplevelsen av å bli forstått kan beskrives som en opplevelse av at den andre kjenner igjen det en forteller. Flere av ungdommene trakk fram at det at terapeuten hadde kunnskap om traumer gjorde at de kjente igjen det de fortalte og at de kunne forstå hvordan de hadde det på en annen måte enn andre voksne. Carlos, 15 år, fortalte at han ikke ville fortelle andre voksne om hvordan han hadde det fordi han var redd for at de ville tro han var gal: *”Men andre voksne.... Det er ikke helt sikkert de forstår deg, ikke sant? Og kanskje de tror du er gal. De kan misforstå fort”*. Pynoos (1994) beskriver hvordan noen barn kan beskrive en følelse av at de har blitt annerledes eller at de har blitt ”merket” etter en traumatisk hendelse. Mange føler at ingen, selv ikke foreldrene, kan forstå hvordan de har det. Dette kan føre til en sterk følelse av ensomhet eller at en er avskåret fra omverdenen. Å møte en terapeut som kjenner igjen det barnet forteller og som kan berolige barnet med at det er en vanlig reaksjon etter en traumatisk hendelse kan redusere følelsen av å kjenne seg annerledes.

Å kjenne seg forstått kan også handle om en følelse av at terapeuten kjenner en så godt at en ikke hver gang trenger å fortelle alt fra begynnelsen. Gjennom at terapeuten binder samtalene sammen skapes en følelse av kontinuitet i kontakten. Amalie, 15 år, fortalte at hun stadig snakket med lærere eller andre voksne, men at det er lettere å snakke med en terapeut som kjenner henne:

Når jeg snakker med en voksen da blir det til at jeg snakker med mange forskjellige så jeg må fortelle den samme historien mange ganger og det kan jo være vanskelig, men når jeg snakker med en psykolog da på en måte vet jo den, i hvertfall etter en stund, veldig mye om meg. Og da er det mye lettere å bli forstått og sånn. Eller føle at jeg blir forstått i hvertfall.

Ane, 17 år, beskrev at for å bli forstått var det viktig at terapeuten prøvde å sette seg inn i hvordan det var å være ungdom:

...å prøve å tenke som den ungdommen da i stedet for å være en person som skal fortelle en hva en skal gjøre da. Mamma kan være veldig sånn... at hun gir meg råd fordi hun er voksen og har meninger om hva som er riktig for meg og sånn. Men at man kommer litt på samme bølgelengde som en ungdom da. Og det syns jeg Hanne klarte.

Stole på terapeuten

Flere av barna og ungdommene trakk fram betydningen av at terapeuten var en de kunne stole på. Det å stole på terapeuten blir både knyttet til at de vet at terapeuten ikke vil fortelle noe av det de forteller videre og at terapeuten gjør det hun har sagt hun skal gjøre. Martin, 12 år, fortalte at det var viktig at han kunne stole på at terapeuten holdt de avtalene hun gjorde med han:

I: Var det noe terapeuten gjorde som du syns var ok? Og som du tror hjalp deg litt eller som du satt pris på?

M: *Eh... det var det at hun gjorde det hun sa hun skulle gjøre med en gang. At jeg kunne... at jeg visste det at hun gjorde det hvis jeg spurte henne om det.*

I: Ja, ok... Så det du satte pris på var at hun gjorde det hun sa hun skulle gjøre?

M: *Ja, med en gang.*

I: Hun gjorde det med gang ja. Har du et eksempel på det?

M: *Ja.. Hun sa at hun skulle snakke med læreren min og... moren min spurte henne om vi kunne ha et møte.. og det sa hun ja til.. og når vi gikk da.. dagen etterpå så ringte hun for å få til et møte så fort som mulig.*

Som nevnt i innledningen kan det å ha opplevd traumer for mange barn føre med seg brutte forventninger til voksne (Pynoos, 1994). En del traumatiserte barn kommer derfor til psykologisk behandling med en svekket tillit til voksne som gode hjelpere. At terapeuten viser forutsigbarhet og holder avtaler vil derfor være spesielt viktig.

Mange av barna og ungdommene knyttet det å stole på terapeuten til terapeutens taushetsplikt. Flere beskrev at det at terapeuten hadde taushetsplikt gjorde at de kunne åpne seg mer. At

barn og ungdom er opptatt av taushetsplikt har også blitt funnet i andre studier der en har snakket med barn om hvordan de opplever en terapiprosess (Day et al., 2009, Carroll, 2002). Til tross for betydningen av taushetsplikt synes de fleste barna og ungdommene at det var greit at terapeuten snakket med foreldrene deres og videreformidlet en del av det terapeuten og barnet hadde snakket om. En viktig forutsetning var imidlertid at de på forhånd var blitt enige med terapeuten om hva hun skulle si videre. Spesielt ungdommene var opptatt av at det er informasjon de ikke ønsker at foreldrene skal få vite. En 17 år gammel jente sa:

I: Var det noen ting du var redd for.. noe du ikke ville at Guro skulle si eller?

B: *Nei, det var bare det dopgreiene og hva jeg hadde prøvd og..*

I: Ja. Hadde du og Guro blitt enige om at det var noen ting som hun ikke skulle si?

B: *Ja, så det sa hun ikke.*

Sara, 16 år, og hennes terapeut hadde ikke blitt enige om hva terapeuten kunne fortelle til foreldrene hennes. Sara beskrev at hun synes det var ubehagelig å ikke vite hva terapeuten fortalte videre:

I: Hvordan synes du det var at Jorunn snakket med foreldrene dine også?

S: *Ehhhh.. Jeg synes det var litt sånn smålig ille.. sånn.. jeg vet ikke hva jeg skal si, jeg. Det er jo noe med den tanken du har om at de kanskje prater om deg, men du vet ikke helt hva det er da. Men jeg synes ikke det var så ille som jeg trodde det ville være.*

I: Nei.. Var det sånn at dere ble enige om hva Jorunn kunne si til foreldrene dine?

S: *Ikke før helt på slutten egentlig. Og det var noe av det vi sleit litt med... at ehhh... at jeg var ikke helt sikker på hva hun fortalte.*

I noen av familiene hadde videreformidlingen tydelige positive konsekvenser for kontakten mellom barn og foreldre. En del av barna fortalte at de selv synes det var vanskelig å fortelle foreldrene hvordan de hadde det og at det var fint at terapeuten kunne gjøre det. På spørsmål om hvordan det var at terapeuten snakket med mamma uten at hun var tilstede, svarte Helene 17 år: *"Helt greit fordi jeg har ikke selv vært i stand til å fortelle mamma hvordan jeg lå an. Så jeg synes det var bra at Ragnhild tok sånne samtaler med mamma i blant. Da kunne mamma vite hvor jeg lå."*

I likhet med mange av de andre foreldrene syns moren til Helene at det var fint at hun kunne få informasjon om Helene fra terapeuten: ”*Det jeg har fått av informasjon uten at Ragnhild har brutt taushetsplikten og sånn.. det har vært veldig bra. Og det har også hjulpet meg til å kunne hjelpe Helene på den rette måten.*”

I noen av familiene ble det etter en del timer med foreldre og barn hver for seg lagt opp til fellestimer hvor barn og foreldre kunne snakke sammen om temaer som lenge hadde vært vanskelig å snakke om. Flere beskrev at dette gjorde det lettere å snakke sammen. I noen av familiene førte disse samtalene til at foreldrene kunne fortelle barnet om temaer som aldri hadde vært snakket om før. Katrina, 16 år, opplevde dette:

Og jeg... når mamma gikk der så fant jeg ut ting som jeg ikke hadde visst fra før liksom. For eksempel det med stefaren min. At han slo meg og at jeg hadde sagt det til mamma mens jeg var liten. Og det visste jeg ikke.. at jeg hadde sagt det til henne.

Viktig å få være med å bestemme i behandlingen

Mange av barna snakket om betydningen av at de fikk være med å bestemme hva som skulle skje i behandlingen. Dette gjaldt særlig å få være med å bestemme hva de skulle snakke om. Det å ikke bli presset trekkes også fram som viktig av flere. Helene, 17 år sa:

H: *Det er bare om å ta seg veldig god tid og være tålmodig. Det er egentlig det beste rådet man kan gi, tror jeg.*

I: Ja. Å bruke god tid.

H: *Ja, ikke presse.*

Ønsket om å få være med å bestemme hva de skulle snakke om kan forstås som et ønske om å bevare kontroll i en utrygg situasjon. Mange av barna og ungdommene var plaget av påtrengende tanker og følelser knyttet til den traumatiske hendelsen som de ikke kunne kontrollere. Den traumatiske hendelsen vil i seg selv i mange tilfeller også innebære en følelse av tap av kontroll. Dahl (1996) påpeker at fordi personer som har vært traumatisert har opplevd tap av kontroll vil mange ha et større behov for overblikk og kontroll i terapisituasjonen, sammenlignet med mennesker som har andre psykiske lidelser. Tidligere studier hvor en har intervjuet barn om hvordan de opplevde å snakke om vanskelige hendelser i terapi har funnet at barnet syns det var viktig at terapeuten oppfattet når barnet følte seg klar

til å snakke om det vanskelige som hadde skjedd (Day et al., 2006). Det samme ble nevnt av noen av barna jeg intervjuet. Flere beskrev at det var viktig at terapeuten kunne ”ta et nei for et nei” hvis barnet ikke ønsker å snakke om det vanskelige. Carlos, 15 år, sa

Ja, jeg syns at psykologer liksom... hvis de skal på en måte prøve å snakke om fortiden til barnet, ikke sant? Da bør de passe på og på en måte ikke være så desperate etter å få vite svaret liksom... fordi det kan få personen til å tenke at de ikke er helt til å stole på. De burde... hvis de sier ”kan vi snakke om det?” og personen sier ”nei, jeg vil heller snakke om det annen dag eller når jeg føler for det” så burde de si ” greit” og på en måte være tålmodig og vente til personen føler for det. Det er greit å spørre, men hvis personen ikke vil så er det ikke vits å fortsette.

Eldre barn og ungdommers behov for å kjenne på selvstendighet og autonomi kan også være med å forklare hvorfor mange ønsket å være med å bestemme i behandlingen. Å innlede en samarbeidende holdning med ungdommen ser ut til å være viktig i forhold til å utvikle en god terapeutisk allianse. Church (1994) fant at terapeuter som brukte teknikker som tok hensyn til ungdommenes behov for selvstendighet og autonomi, for eksempel gjennom å fokusere på samarbeid og konfidensialitet, var de terapeutene som ble vurdert som de beste av ungdommene selv. Creed og Kendall (2005) fant også at det å etablere et samarbeidende forhold mellom barnet og terapeuten var med å skape sterkere en terapeutiske allianse vurdert av barnet. Amalie, 15 år, var svært misfornøyd med terapeuten fordi hun ikke fikk bestemme hva hun skulle snakke om i timene.

I: Så du og Elisabeth brukte ganske mye tid på å snakke om det som hadde skjedd rett før du kom til BUP.

A: *Mmmm.*

I: Syns du det var ok i starten at dere gjorde det?

A: *Det var greit i starten, men jeg kom meg over det av meg selv ganske fort og da var det veldig plagsomt at det måtte bli tatt opp hver uke når jeg hadde glemt det.*

I: Ja, det skjønner jeg. Var det sånn at du prøvde å si det til Elisabeth eller?... At du skulle ønske dere...

A: (avbryter) *Ja, jeg sa det mange ganger, men hun trodde hele tiden at jeg bare prøvde å stenge det inne og at jeg egentlig ikke var over det og sånn.*

To av komponentene i Bordins (1979) modell om terapeutisk allianse er som nevnt tidligere ”enighet om de spesifikke oppgavene en skal arbeide med” og ”enighet om mål”. For Amalie sin del så det ut til at hun og terapeuten verken var enig i hvordan de skulle arbeide eller hva som skulle være målet med terapien. Amalie hadde gått i behandling på BUP i flere omganger og hadde forventninger til behandlingen basert på sine tidligere erfaringer. Hun snakket om det å gå i terapi som å ha en ekstra voksenperson i livet sitt som hun kan snakke med om det hun opplever som vanskelig og som hun kan ringe til når hun trenger det. Amalie fikk TF-CBT som er en målrettet behandling siktet mot å behandle traumereaksjoner. Dette kolliderte antakelig med Amalies forventninger om terapi som et åpent rom der hun kunne snakke om det hun ønsket. Da jeg ba Amalie gi et råd til terapeuter som jobber med ungdom trakk hun frem det å bli tatt med på råd om hvordan en skal arbeide i terapien. Amalie sa:

Også høre med ungdommen eller pasienten eller hva de kalles da... Hvis de for eksempel har gått hos BUP før så kan det hende de har prøvd flere forskjellige måter.. sånne behandlinger på en måte. Hva som virker best på en på en måte.

Noen av de andre ungdommene beskrev også at de var uenig med terapeuten i hvordan de skulle arbeide i timene. Sara, 16 år, sa:

S: Men det var veldig mye sånn... det tok litt tid å finne ut av hva både jeg og Jorunn ville da. Med tanke på behandlingsmåter og sånt... Det var en litt smålig situasjon sånn helt i starten, men det er bare å finne den første tonen og finne ut av hvordan vi skulle finne ut av ting da på en måte.

I: Var det sånn at dere var litt uenige da eller?

S: Ja, altså det var sånn... Mmm. Ok, det var for eksempel sånne pusteøvelser og bevegelser og sånne ting som jeg for eksempel fant veldig frustrerende for jeg fikk det ikke til, ikke sant?

I: Å, nei.

S: Jeg følte det veldig masete å gjøre det fem uker på rad.

Denne intervjusekvensen illustrerer en type forhandling mellom Sara og terapeuten. Sara sa at hun alt i alt var fornøyd med behandlingen etter de fikk forhandlet fram til hva de skulle snakke om og hvordan de skulle arbeide. Hun hadde i likhet med Amalie også noen traumehistorier som hun mente ikke plaget henne og som hun derfor ikke ville snakke om. I

dette tilfellet valgte terapeuten å respektere dette og heller bruke tiden på å bearbeide andre traumer. Fordi unngåelse nettopp er en del av PTSD kan det for terapeuter være vanskelig å gjøre en slik avveining.

Flere av ungdommene hadde andre temaer de ønsket å snakke om enn akkurat det som var knyttet til traumet. Å få lov til å bruke tid på andre temaer ser ut til å være viktig. Ane, 17 år, fortalte at hun spurte terapeuten om de kunne bruke tid på andre temaer enn traumet og var veldig fornøyd med at hun fikk lov til det: ”.. og så tok jeg opp med henne om vi kunne snakke litt rundt hverdagen også på en måte... Også gjorde vi litt det og da følte jeg at det ble... ja, at vi fikk snakket om alt.”

Amalie var misfornøyd med at hun ikke fikk snakke om andre temaer. Hun sa:

I hvertfall en ting som har vært veldig viktig for meg det har vært at jeg må... eller for å ha vært fornøyd med en time så må jeg føle at jeg har fått sagt alt det jeg føler da. Hvis det har skjedd noe nytt siden sist og hvordan jeg føler det rundt det og sånn. For hvis jeg føler at jeg har fått sagt... fått ting ut så er det mye lettere.. hvis noen vet. Sist gang jeg gikk hos BUP så fikk jeg aldri snakke.

Å snakke om traumatiske hendelser

De fleste barna og ungdommene jeg intervjuet ble oppfordret til å snakke om det de hadde opplevd i terapien. Studier har vist at gjennom å gjentatte ganger fortelle om traumet slik at følelsene i forbindelse med traumet aktiveres, vil det gradvis skje en desensitivisering slik at kroppen ikke lenger reagerer med fysiologisk hyperaktivering når barnet tenker på traumet eller kommer i situasjoner som minner om traumet. (Cohen et al., 2006). I tillegg vil det å snakke om traumet hjelpe barnet til å fortolke, skape mening og språkliggjøre hendelsen (Jensen, 2007).

Mange av barna og ungdommene beskrev at de i starten ble lei seg og/ eller redde av å snakke om den traumatiske hendelsen. Daniel, 12 år, fortalte at han begynte å gråte og måtte gå ut av terapirommet:

D: *Når jeg skulle forklare, da begynte jeg å gråte og sånn.*

I: Å, ja. Så når du skulle snakke om de tingene som hadde skjedd som var litt vanskelig for deg så ble du litt lei deg?

D: *Ja.*

I: Ja, det forstår jeg. Var det sånn at du nesten ikke hadde lyst til å snakke om de vanskelige tingene da eller?

D: *Ja, så jeg måtte gå ut et par ganger.*

Helene, 17 år, hadde opplevd å bli voldtatt. Hun beskrev hvor intenst ubehagelig det var for henne å snakke om voldtekten: *”Ja, jeg satt og skalv nærmest. Anspent i hele kroppen og ja.. jeg kunne nesten ikke snakke om det.”*

Til tross for at nesten alle barna fortalte at det var ubehagelig å snakke om traumet, hadde de fleste en forståelse av at det var nødvendig å snakke om det som hadde skjedd. Dette kan ha sammenheng med at mange av barna og ungdommene hadde blitt forklart hvorfor det er viktig å snakke om traumet og at det ville bli lettere etter hvert. Noen av terapeutene brukte en metafor der de forklarte barnet at akkurat som det er viktig å rense et sår for grus og skitt før en setter på plaster, er det viktig å snakke om vonde hendelser. Selv om det gjør vondt akkurat der og da så vil det bli bedre, akkurat som når et sår gror. Kjersti, 15 år, skrev ned hele historien om den traumatiske hendelsen sammen med terapeuten. En del av terapien bestod av å lese historien gjentatte ganger til hun ikke lenger ble overveldet av negative følelser:

Jeg har jo vært der i fire måneder eller noe og da tror jeg vi jobbet hver gang med det overfallet. Og vi skrev en historie og sånn som... Hele greia var at... eller hele meningen med behandlingen var at jeg skulle få overfallet til å bli et helt vanlig minne og ikke noe jeg skal være redd for da. Og noe jeg kan tenke tilbake på uten å bli redd eller nervøs eller føle noen spesielle følelser da.. Og det har jo egentlig gått veldig bra. For den første gangen hun fortalte... eller når hun leste den historien høyt da, som jeg hadde skrevet, så begynte jeg å gråte og sånn, men etter hvert så kunne hun lese den flere ganger og jeg kunne lese den selv uten at jeg merket noe som helst.

Dette sitatet viser at Kjersti og terapeuten hadde snakket om hvorfor de skulle arbeide på denne måten. Blant barna og ungdommene som ikke hadde fått en begrunnelse for hvorfor det er viktig å holde ut ubehaget knyttet til å snakke om det de hadde opplevd var det en av

ungdommene som sa at hun sluttet i terapien fordi hun opplevde at hun bare ble mer lei seg av å snakke om det som hadde skjedd. Katrina, 16 år, sa:

K: Men.. hvordan skal jeg si det... jeg følte at jeg ble litt lei av å fortelle om det som hadde skjedd før... fortiden og sånn. For jeg ble mer og mer lei meg av å tenke på det. Og da fikk jeg hver kveld sånne tanker. Det var derfor jeg slutta på BUP

I: Ok. Så du ble mer lei deg når du begynte å snakke om det som hadde skjedd?

K: Ja.

I: Ja. Og så opplevde du ikke at det ble noe bedre?

K: Ja.

I: Og derfor så ville du ikke gå til BUP mer ?

K: Ja, fordi.. vent litt. Det var fordi at jeg ble veldig lei av ting... jeg ble veldig lei meg av å gjenta det samme om og om igjen. Og når jeg ble lei meg da ble jeg veldig trøtt.... Og det var da jeg skjønnte at jeg burde slutte på BUP.

At barn og ungdommer får en begrunnelse for hvorfor de skal måtte snakke om noe som er så ubehagelig kan gjøre at de i større grad kan bli motivert til å holde ut ubehaget.

På spørsmål om hva terapeuten kunne gjøre for at det skulle bli lettere å formidle traumehistorien, foreslo noen av ungdommene å bruke tegning eller drama. Christina, 17 år, sa:

For eksempel hvis en vil fortelle noe så kan personen prøve å forklare det med tegningen. Eller liksom mimeleken for å si det sånn også. Prøve å forklare ting, hvordan det føles med og gjøre ting uten å snakke. Fordi det er sannsynligvis mange følsomme ungdommer som ikke greier å si ting ut og som bare prøver å si noe, men begynner å gråte med en gang.

Noen av barna trakk også fram at det å tegne eller spille kort mens man snakket kunne gjøre at det ble litt lettere. Det å tegne eller spille kort har i andre studier av barn blitt trukket fram som en viktig måte å lage pauser på når en snakker om noe vanskelig (Day et al., 2006).

Katrina, 16 år, sa:

En ungdom er en person som ikke greier å sitte stille og rolig. Så det er best å gjøre noe mer med dem. Ha det litt gøy mens personen forteller liksom.. eller finne på noe... For det var en av grunnene til at jeg slutta fordi jeg syns det var... jeg er en sånn person som ikke greier å sitte stille hele tiden. Jeg må gjøre noe og sånn...

De aller fleste barna beskrev at det ble lettere å snakke om det vanskelige hendelsene etter hvert. Dette ble av flere begrunnet med at de ble ”vant til å snakke om det”. Noen trekker også fram at det ble lettere å snakke om det fordi de ble mer trygge på terapeuten. Sara, 16 år, sa: ”Jeg tror rett og slett man blir litt vant til å prate om det og at man stoler litt mer på behandleren sin da.” Bare ett barn, Martin 12 år, fortalte at det ikke ble lettere å snakke om de traumatiske hendelsene. Uten å ha mer kjennskap til Martins historie er det vanskelig å forklare hvorfor Martin hadde en annen opplevelse enn de andre.

Foreldrenes beskrivelser av hva som hjalp dem

Foreldrene jeg har intervjuet har ikke bare fulgt barnet sitt til behandling. De fleste har hatt samtaler med terapeuten uten at barnet har vært tilstede. Noen har også deltatt i familiesamtaler sammen med barnet. De aller fleste foreldrene var positive til at de ble så mye involvert i barnets behandling og opplevde at det å være involvert gjorde at de kunne være med å hjelpe barnet sitt. Mor til Helene, 17 år sa: ”Jeg har satt veldig pris på at jeg også har vært så mye involvert som jeg har vært.” Bare en av fedrene beskrev at han syns det var ”meningsløst” å skulle møte til så mange foreldresamtaler. Han opplevde ikke selv at han hadde noe stort behov for hjelp og skulle ønske han kunne få en oppdatering om hvordan det gikk i behandlingen over telefon i stedet for å måtte møte opp på BUP hver uke.

Når foreldrene skal beskrive hva som var nyttig med å møte til foreldresamtaler er det særlig det å få veiledning og emosjonell støtte som blir trukket fram som viktig.

Foreldreveiledning

De aller fleste foreldrene trakk fram at det var nyttig å få råd og veiledning av terapeuten. Det som ble trukket fram som særlig betydningsfullt var det å lære om vanlige reaksjoner etter traumatiske opplevelser og det å få veiledning i forhold til hvordan de burde forholde seg til barnets reaksjoner. Da familiene startet i behandling var det flere som var usikre på hvordan

de skulle forholde seg til barnet sitt etter at han eller hun hadde opplevd en traumatisk hendelse. Mor til Martin, 12 år, beskrev dette:

For en ting er jo det at han har opplevd de tingene han har opplevd. En annen ting er at vi kan lære oss å, holdt jeg på å si, å håndtere han ut i fra de problemene han har. Så jeg har syns det har vært.. jeg har vært veldig fornøyd. Jeg har følelsen av at jeg har lært veldig mye med å... å bli fortalt at sånne traumer.. hva man burde gjøre og hva man helst ikke burde gjøre innimellom.. For det er ikke alltid en forstår helt hva dem går igjennom.

Foreldre vil som regel være de viktigste ressurspersonene for barnets tilpasning etter et traume. Cohen et al. (2006) beskriver imidlertid at mange foreldre kan kjenne seg usikre når de opplever at barnet oppfører seg annerledes enn de er vant med, for eksempel at barnet er mer irritabelt eller engstelig. Det å få hjelp til å forstå barnets reaksjoner og å få veiledning i forhold til hvordan en som foreldre kan gi best mulig støtte vil være viktig for å få tilbake troen på en selv som foreldre.

Hjelp og veiledning i forhold til grensesetting og håndtering av konflikter ble også beskrevet som nyttig. Mor til Lars Petter, 17 år, fortalte at terapeuten hjalp dem med å fokusere på noen få ting som de skulle jobbe med:

Hun hjalp på en måte oss med å sile litt... altså på en måte komme litt fram til hva vi spesifikt.. hva vi som foreldre skal jobbe med. Det er klart at når man har sånne utfordringer så går man tilslutt inn i en loop hvor en sliter forferdelig. At alt blir problemer i stedet for at man konsentrerer seg om noen få ting og det hjalp oss veldig. I stedet for å pirke på alt og ingenting så si at det på en måte er et par-tre ting som er kjempeviktig da. Da er det de tinga vi på en måte skal... på en måte stå litt på barrikadene og si at det krever vi og resten får han styre litt selv. Og det, det har fungert veldig bra.

Mor til Katrina, 16 år, fortalte at hun og Katrina hadde mange konflikter før de kom til BUP. Gjennom foreldreveiledningen opplevde hun at hun fikk hjelp til se hvordan hun selv kunne bidra til å redusere konfliktnivået ved å blant annet gi mer ros:

Ja, faktisk du kan si råd... også hjalp hun meg med å forstå meg selv. Og at på mange måter har jeg også gjort feil. Fordi jeg er alenemor og bare kjefter og kjefter. Jeg har alltid sagt hva hun gjør feil, men ikke roset ofte.

Under samtaler om grensesetting kan det imidlertid oppstå uenighet mellom foreldre og terapeut. En av mødrene fortalte om en slik episode:

M: Det eneste var en gang vi var inne på det med grensesetting. Da merket jeg at jeg ble ordentlig sint. For det gikk på... vi skulle overse ting og så videre. Og så sa vi blant annet at vi sleit veldig med å få han opp om morgenen og inn på kvelden og så sier hun "hva med å bare slippe opp de reglene.. la han bare sove?". Og da sa jeg "Nei, rota til alt ondt er at han ikke har noe å gjøre!" ... Jeg tror hun tok seg litt inn på det etterpå. For det viste seg... det er to krav vi har: han skal opp om morgenen og han skal forholde seg til innetid. Eller så blir han liggende i senga og spille data og det vil i hvertfall ikke hjelpe han! Men jeg tror hun ble enige med oss. Men akkurat der og da.. da følte det ganske sånn... Da gikk vi begge to ut og var ganske sånn "Hva? Skal han få lov til å styre helt?". Men det rodde seg inn igjen.

I: Du opplevde at terapeuten respekterte at dere var uenige da?

M: Jada, ja. Det gjorde hun. Hun sa seg vel enig med oss etter hvert også tror jeg.

Denne sekvensen kan forstås som et alliansebrudd. Et alliansebrudd kan defineres som et brudd i den samarbeidende prosessen mellom terapeut og pasient (Safran & Murran, 2006). Det at terapeuten respekterte at foreldrene var uenige og senere også ga dem rett i det de mente ser ut til å ha gjort at uenigheten ikke fikk negative konsekvenser for relasjonen. I følge Safran & Murran (2006) vil et alliansebrudd med en påfølgende reparasjon kunne føre til utvikling av en enda sterkere allianse mellom terapeut og klient.

Emosjonell støtte

I tillegg til veiledning og konkrete råd var det mange av foreldrene som opplevde at det var godt å få emosjonell støtte av terapeuten. Et eksempel var faren til Amalie, 15 år. Han bor alene med Amalie og fortalte at det i perioder kan være tungt å ha omsorgen alene. Han sa:

Det var god hjelp for meg på en måten at jeg følte at jeg kunne ta opp alle ting mellom hvert besøk om hvordan jeg oppfattet alt mulig. Jeg følte at jeg fikk litt støtte på hvordan jeg taklet det og fulgte opp Amalie og sånne ting da. Så jeg fikk god backing der liksom. Og gode råd og.. Så det var veldig god støtte for meg da!

Moren til Daniel, 12 år, beskrev at det var viktig å få støtte av terapeuten da hun fikk høre Daniels traumehistorie for første gang. Hun fortalte at hun i den forbindelse reagerte veldig sterkt og at hun satte pris at terapeuten tok seg tid til å snakke med henne: ”*Det var sånn at jeg begynte å gråte litt og sånn. Og da tok hun seg tid også til oss som foreldre. Og kunne snakke med oss etterpå og sånn.*”

Far til Markus, 10 år, undrer seg over om det kanskje var han som forelder som hadde mest behov for hjelp og ikke Markus:

Ja, det var fint at det var et sånt tilbud. Det gjorde jo meg tryggere at han hadde.. at vi kunne få hjelp når vi ikke strakk til lenger. Og... (ler) det hjalp kanskje meg mer med hun som vi var og snakket med. Det er noe med å ha noen å snakke med som er litt utenfor, men som hadde kompetansen til å skjønne hva som foregikk og vite om ting faktisk var bedre med Markus da. En å konferere litt med. Så jeg syns det var veldig godt da

Som vi ser av dette avsnittet kan foreldre i likhet med barna oppleve at det er godt å snakke med en person som er ”litt utenfor” familien.

Barnas beskrivelser av endring: terapi hjelper

Etter endt behandling forteller de fleste barna og ungdommene at der har forandret seg. Kun ett barn forteller at han ikke har opplevd noen endring. Et gjennomgående funn er at nesten samtlige av barna og ungdommene sitter igjen med en oppfatning av at terapi hjelper. Nesten alle barna vil anbefale en venn som har det vanskelig å få hjelp på BUP. Kjersti, 15 år, sa:

Hvis den personen for eksempel hadde opplevd det samme som meg da så ville jeg anbefalt å fått noen å snakke med med en gang siden det hjelper så utrolig mye. For det er jo nesten farlig på en måte for deg selv å gå og tenke på sånt og... Jeg var jo selvskader en periode og hadde ikke jeg fått noen å snakke med så hadde jo.... Ja, jeg kunne gjort.. kuttet meg selv opp igjen. For jeg hadde så utrolig mye nerver og sånt. Det er egentlig bare at du tror på deg selv og at du ikke skal være redd for å få hjelp da. Det er egentlig det som er viktigst.

”Jeg tenker ikke så mye på det som skjedde lenger”

Den aller vanligste beskrivelsen av endring var at barna og ungdommene sa at de ikke lenger tenker så mye på det som skjedde og at de ubehagelige tankene og følelsene som dukket opp når de tenkte på den traumatiske hendelsen har blitt borte. Et av barna sa: *”Ja, nå kan jeg nesten ikke huske mer... av det som skjedde”*. En av ungdommene sa: *”Jeg føler meg mye bedre. Jeg tenker ikke så mye på det lenger”*. Gjenopplevelse av den traumatiske hendelsen gjennom påtrengende, skremmende tanker eller drømmer representerer en av de tre kategoriene av symptomer i diagnosen PTSD. For mange vil dette være de symptomene som oppleves som aller mest plagsomt. Det å ikke kunne kontrollere når tankene om hendelsen dukker opp kan skape sterk angst og en følelse av redusert kontroll (Cohen et al., 2006). Dette kan forklare hvorfor så mange av barna og ungdommene var opptatt av denne endringen.

I tillegg beskrev mange at de har mindre søvnproblemer, konsentrasjonsproblemer, angst og irritasjon. Disse symptomene er også en del av PTSD-diagnosen og skyldes en generell fysisk overaktivering. Kjersti, 15 år, sa:

K: før jeg dro til BUP eller i den perioden... Det skjedde i april og i den perioden fram til jeg begynte på BUP så hadde jeg mye flashbacks og slet veldig mye med det og jeg fikk konsentrasjonsproblemer og problemer med hodepine og diverse andre ting da.

I: Ja. Og hvordan er det i dag?

K: Ehhh, det har blitt mye bedre, men det er sånne små ting. Jeg er jo ikke helt trygg på fremmede sånn.. jeg er veldig sjenert da. Sånn som når du ringte meg nå, jeg har jo ikke lagret nummeret ditt så da blir jeg usikker på om jeg tør å ta telefonen. Men jeg merker at det går mye bedre. At jeg har blitt tryggere på meg selv og sånn.

I likhet med Kjersti beskrev flere at de fremdeles strever med noen ting, men at de merker at det har skjedd en endring. De fleste ser ut til å akseptere dette fordi de problemene som nå er tilstede oppleves som håndterbare. Som vi skal se har foreldrene i likhet med barna aksept for at ikke alle problemene er borte.

”Jeg er mindre trist”

Flere beskrev at de har blitt mindre triste eller deprimerte og at de føler seg gladere og smiler mer. Josefine, 16 år, sa: *”Jeg er jo ikke så deprimert lenger og... ja, ting har blitt litt mer morsommere nå som jeg ikke tenker så mye på det.”*

Josefine knytter det at hun ikke er deprimert lenger til at hun tenker mindre på den traumatiske hendelsen. Cohen et al. (2006) beskriver at mange barn og ungdommer kan kjenne depressive følelser etter et traume både fordi traumet skaper et umiddelbart tap av tillit til andre mennesker og til verden som et trygt sted å være og fordi mange opplever konkrete tap. Noen opplever så sterke symptomer at de kan få tanker om at de vil skade seg eller ta livet sitt. En 16 år gammel jente fortalte at hun etter behandlingen har sluttet å tenke på å ta livet sitt:

B: Jeg har ikke hatt så mye søvnproblemer. Jeg har ikke hatt så mye hukommelsesgreier som kommer i hodet mitt. Jeg har ikke tenkt på dumme ting for å si det sånn. Og jeg har det fint nå. Jeg har fortsatt noen par ting, men det er helt greit. Det tenker jeg ikke så mye på. Men sånn ellers så har det hjulpet meg veldig, veldig mye med ting som jeg egentlig trengte hjelp med.

I: Så bra! Og når du sa dumme ting...mener du de tingene som har skjedd før?

B: Nei, for eksempel tenke på å ta selvmord og sånn.

”Jeg tenker litt annerledes”

Noen av ungdommene forteller at de etter behandlingen har endret tankegang og begynt å tenke mer positivt. Noen sier at de har endret tankegang i forhold til den traumatiske hendelsen, mens andre sier de har endret tankegang i forhold til livet generelt. Jensen (2007) påpeker at etter å ha opplevd en traumatisk hendelse kan mange streve med uhensiktsmessige tanker knyttet til hendelsen, for eksempel at det var deres skyld at det skjedde. Disse tankene oppstår gjerne i barnets forsøk på å skape mening i situasjonen. Noen forklaringer barnet danner seg kan fungere som en måte å etablere kontroll. Hvis barnet for eksempel tenker at

hendelsen skjedde pga noe det gjorde kan de unnlate å gjøre akkurat dette og dermed hindre en ny traumatiserende situasjon i å oppstå. Helene, 17 år, strevde med skyldfølelse etter å ha blitt voldtatt. Hun sa:

H: *Hva som har blitt annerledes... Jeg har fått en annen tankegang.*

I: Du har fått en annen tankegang? Hvordan da?

H: *Ja. Marianne har lært meg å tenke annerledes om saken.*

En del barn kan også utvikle angst for personer eller situasjoner som er knyttet til traumet (Cohen et al., 2006). Øyvind, 16 år, hadde opplevd å bli ranet av to gutter med utenlandsk bakgrunn. Han fortalte at han etter ranet ble redd hver gang han så mennesker med en mørkere hudfarge og at terapeuten hans hjalp han med å bli kvitt denne angsten:

Altså, jeg er ikke like redd for å være i byen lenger. Det er jo noen steder som er litt skummelt å være på sånn som Grønland og sånn, men det er det jo flere som syns og de har jo ikke blitt ranet. Så det som har forandret seg er at jeg har lettere for å dra til byen og jeg tenker ikke... det er ikke sånn at hver gang jeg ser en utlending så blir jeg redd liksom. Og det var det jo etter ranet.

Gjentatte opplevelser av mishandling eller avvisning fra viktige andre sammen med en opplevelse av at en ikke mestrer det andre på samme alder mester kan føre til et negativt selvbilde om at en er defekt, hjelpeløs og en som ikke får til noe (Cook et al., 2005). Dette kan videre få konsekvenser i forhold til følelse av "locus of control" på den måten at en oppfatter at en ikke har mulighet til å påvirke fremtiden sin (Nader, 2006). Carlos, 15 år, fortalte at han før terapien tenkte negativt om fremtiden, men at dette har endret seg etter at han gikk i terapi:

Jeg pleide å tenke ganske negativt om at livet suger... At det ikke var noe håp for meg og at jeg ville ende som en dårlig person eller sånn. Og når jeg begynte å gå til BUP da begynte jeg å tenke at 'ting snur litt og det er bare du som styrer de mulighetene' og at jeg burde gjøre det beste jeg kan og hvis jeg... når jeg får sjansen burde jeg ikke på en måte miste den.. hvis jeg får en sjanse til å forbedre meg da eller blir en bedre person.

Pynoos (1994) beskriver at det å oppleve traumer kan skape en forstyrrelse i den historiske kontinuiteten knyttet til selvet eller ”hvem jeg er”. Traumegenererte negative følelser kan forstyrre følelsen av ”the affective core of the self” som bidrar til en følelse av kontinuitet på tvers av utviklingens progresjon (Emde, 1991 – i Pynoos, 1994). En følelse av diskontinuitet kan forstyrre ungdommens prosjekt med å integrere fortid, nåtid og fremtidige forventninger til en følelse av identitet. Negative tanker om fremtiden kan få konsekvenser i forhold til ungdommens ambisjoner, initiativ og selvfølelse og videre påvirke ungdommens planer, for eksempel i forhold til utdanning og jobb. Å hjelpe ungdommen med å endre slike negative tanker om seg selv vil være en viktig del av arbeidet med traumatiserte ungdom.

Foreldrenes beskrivelser av endring

De aller fleste foreldrene forteller at det har skjedd endring, både med barnet og i familien. Kun to av foreldrene sier at barnet ikke har endret seg noe. Foreldrene beskriver endringen hos barnet på flere av de samme måtene som barnet, for eksempel at barnet virker gladere og ser ut til å være mindre redd. Generelt gir foreldrene flere beskrivelser av endring hos barnet som økning av noe positivt eller tilfang av noe nytt, for eksempel av barnet har fått økt selvtillit, mens barna beskriver endringen som fravær eller reduksjon av symptomer. Jeg vil komme tilbake til forskjellen mellom barnets og foreldrenes beskrivelser av endring i diskusjonsdelen.

”Hun går mer ut”

Det at barnet går mer ut og ønsker å være mer sammen med venner er noe flere av foreldrene trekker fram som en positiv endring. At barnet eller ungdommen unngår å gå ut av hjemmet kan være en del av en unngåelsesatferd etter en traumatisk hendelse (Cohen et al., 2006). Mor til Helene, 17 år, sa:

M: Hun har blitt mye mer seg selv igjen og.. åpen og glad og ikke redd for å gå ut og... ikke redd for å være alene hjemme når det er mørkt og...

I: Så bra!

M: Hun går jo ute selv også når det er mørkt og sånn.

I: Ja. Og det var et problem da hun kom?

M: Ja, absolutt. Vi kjørte henne rundt og henta henne igjen og... Så det var litt tøft å komme over den kneiken der.

Faren til Markus, 10 år, fortalte at Markus hadde begynt å overnatte hos venner igjen og at det var noe han hadde unngått siden den traumatiske hendelsen skjedde:

At han hadde lyst til å være sammen med venner og sånn og før.. en stund før nå så hadde det vært sånn at han hele tiden måtte være sammen med oss og at han ikke turte å være sammen med venner. Orket ikke sove hos venner lenger og sånn og det har han gjort masse tidligere. Så nå har han begynt å bli litt tryggere og få lyst til det igjen da.

Pynoos (1994) beskriver at det at barnet unngår aktiviteter som barnet før var interessert i kan forstås som et forsøk på å unngå et nytt traume. Ved å redusere involvering med den ytre verden og å holde seg nær tilknytningspersonene vil barnet kjenne seg tryggere. Hvis dette pågår i lang tid kan det få store konsekvenser for barnets livskvalitet og videre utvikling.

Noen av foreldrene beskrev imidlertid det motsatte: at barnet hadde begynt å være mer hjemme. Dette ble også tolket som et tegn på at barnet hadde fått det bedre. Disse foreldrene beskrev et annet utgangspunkt: at barnet før det kom til BUP hadde vært for mye ute. På denne måten representerer både det å gå mer ut og det å være mer hjemme en endring i retning av det normale, slik det hadde vært før den traumatiske hendelsen. En av mødrene beskrev at datteren før hun begynte i behandling hadde vært ute hver kveld og kommet hjem midt på natta. Etter behandlingen hadde hun begynt å komme tidligere hjem. En annen av mødrene, mor til Kristin, 16 år, sa: ”... hun er mye mindre stressa. Jeg opplevde at hun var veldig mye ute, mye ute og farta med venner, mens nå sitter hun gjerne hjemme en lørdagskveld sammen med oss.” Mor til Kristin tolket datterens ”farting” som et tegn på at hun var urolig og derfor det at hun nå kunne være hjemme en lørdagskveld som et tegn på at hun har fått det bedre.

I tillegg til å gå mer eller mindre ut forteller flere av foreldrene at de syns det virker som om barnet har blitt modigere og tryggere på seg selv. Mor til Lars Petter, 17 år, sa:

Vi har fått en gutt som på en måte tør å si hva han selv mener. En litt mer typisk ungdom. I stedet for å ha en gutt som på en måte var veldig medgjørilig og som på en måte aldri var til bry for noen egentlig.. Jeg syns det virker som han har blitt tryggere på seg selv. Litt sikrere på å si fra hvis det er ting... han er mer fornøyd. Vi ser at gutten har det godt. Vi har fått igjen glimtet i øyet hans.

”Vi snakker mer sammen”

Noen av foreldrene beskrev at de har fått bedre kontakt med barnet sitt og at det har blitt lettere å snakke sammen. Dette gjaldt særlig de som strevde med kommunikasjon da de kom til BUP. Far til Amalie, 15 år sa: *”Det som var det største problemet da vi starta der det var jo det at hun snakka jo ikke i det hele tatt med meg. Så vi hadde ikke noe kommunikasjon da. Og det har jo blitt mye bedre.”*

Mor til Martin, 12 år, fortalte at hun syns det er lettere å få kontakt med Martin:

M: Men jeg har i hvertfall fått en helt annen gutt tilbake igjen, etter alle disse timene. Nå kan jeg, holdt jeg på å si, snakke med han og ikke snakke rundt han. For før, i begynnelsen så ville han ikke høre, når man snakka til han så bare lukka han seg. Men nå så får man i hvertfall snakka med han og forklart ting og man får litt ordentlige svar og respons tilbake igjen.

I: Så bra. Så det har vært en stor forandring?

M: Å, ja, det er ikke til å sammenligne.

Flere av foreldrene beskrev også at de har færre konflikter med barna. At konfliktnivået er lavere og at foreldrene opplever at det er lettere å snakke med barnet ser både ut til å henge sammen med at barnets symptomer ikke er like sterke og at foreldrene har begynt å forholde seg til barnet på en annen måte. Noen beskriver at de er opptatt av å gi mindre kritikk og mer ros. Andre beskriver at de har lært å håndtere tilløp til konflikter slik at uenighet ikke alltid utvikler seg til en konflikt. Noen av foreldrene har også utviklet en annen måte å forstå barnets atferd på. Atferd som før ble tolket som negativt, for eksempel lyving til jevnaldrende, blir nå tolket som et forsøk på å gjøre seg interessant for å oppleve å være like mye verdt som de andre. Slike positive reformuleringer gjør at foreldrene i mindre grad kritiserer barnet, noe som igjen fører til at det oppstår færre konflikter i familien.

”Han strever fremdeles, men det er greit”

Flere av foreldrene beskriver at barnet fremdeles strever. Noen av foreldrene var svært misfornøyde med at barnet ikke har fått det så mye bedre. De fleste er imidlertid inneforstått med at det er de som foreldre som må gjøre den siste ”jobben”. Mor til Lars Petter, 17 år, sa:

.... og så har vi andre ting som vi ser vi må jobbe videre med. Vi ser at han er livredd for konflikter. Og det er alle konflikter. Om han glemmer ting så tar han ikke telefonen fordi at da kan det bli en konflikt. Så der må vi jobbe videre.

Mor til Christina, 17 år, var den eneste av foreldrene som ikke opplever at datteren har blitt bedre: *"Det ble ikke noe forandring. Hun blir fortsatt veldig fort sint. Og jeg kan ikke snakke med henne. Og hver gang jeg snakker med henne så blir det skrik og det blir veldig intenst."*

Christina selv sa at hun har fått det bedre i forhold til at hun ikke tenker så mye på traumehistorien lenger, men sier samtidig at hun fortsatt strever med aggresjon. Fordi moren til Christina var svært lite involvert i Christinas behandling fikk hun ikke vite om det som hadde blitt bedre. Hvor stor aksept foreldrene har for at barnet fortsatt strever ser ut til å henge sammen med hvor mye barnet har endret seg fra de startet i behandlingen og hvor fornøyd foreldrene er med behandlingen. De som opplevde at barnet har fått mye hjelp og som var godt fornøyd med behandlingen ser ut til å ha større grad av aksept for at barnet fremdeles strever. Far til Amalie, 15 år sa:

Hun har det fortsatt ikke bra da. Men jeg må jo bare vurdere sånn ut i fra totalsituasjonen, ikke sant. Både med skole og hvordan vi snakker sammen og alt dette her så er det klart at hun har det bedre. Det er ikke tvil om det. Mye bedre.

Noe av hovedmålet med en korttidsterapi er å hjelpe barnet og foreldrene til å utvikle ferdigheter som de kan fortsette å anvende etter terapien. Selv om barnet fremdeles strever etter endt terapiprosess er tanken bak en korttidsterapi at en har hjulpet barnet og foreldrene inn i et mer positivt spor og at den positive utviklingen vil fortsette etter at terapien er avsluttet. Det ser ut til at foreldrene er inneforstått med dette. Mor til Martin, 12 år, sa: *"Han har jo ikke kommet helt i mål enda. Men det har vi fått beskjed om, at en del må vi på en måte bearbeide sjøl også altså".*

Før behandlingen startet sa mange av foreldrene at de følte at de var i en situasjon der de ikke strakk til. Etter behandlingen ser det ut til at flere av foreldrene opplever at de nå håndterer situasjonen, blant annet fordi de ser at barnet er mindre plaget og fordi noe av bekymringen knyttet til om det er noe galt med barnet er borte. Far til Markus, 10 år, sa:

”Og det er fortsatt bittelitt.. det er noen ganger Markus blir urolig, men det er liksom ikke så intenst som det var. Det er ikke så foruroligende. Nei, så han slapper av. Nå er det mer sånn vanlig ”hvor er dere?” og ”hvor skal vi møtes?” og.. Men tilliten til at ting går bra er tilbake.”

Samtidig som foreldrene er bevisste på at alt ikke er helt på plass uttrykker de fleste optimisme og håp i forhold til fremtiden. Mor til Lars Petter, 17 år, sa: *”Alt går i riktig retning. Absolutt!”*

Barnas beskrivelser av hva som har skapt endring

Barna forklaringer av hvorfor de har endret seg er enten knyttet til terapien eller forhold utenfor terapien. Når det gjelder forklaringer som knytter endring til terapien varierer det i hvilken grad barna tilskriver terapeutens innsats som viktig og i hvilken grad de fremhever at det er de selv som har ”gjort jobben”. Christina, 17 år, er en av dem som vektlegger terapeutens betydning:

Jeg syns egentlig de (terapeuter) gjør det veldig bra... for å være helt ærlig. Alt det som kommer ut av munnen deres er det som hjelper oss liksom. Så for meg har det ikke vært noe problem. Jeg syns alt det som har blitt sagt og det vi har pratet om har vært helt bra jeg for det hjalp meg veldig mye.

Sara, 16 år, var opptatt av at hun selv har gjort en god jobb:

S: Det er stort sett sånne ting jeg har jobbet med. Hva slags tanker man hadde rundt.

I: Så det ble litt.. Du begynte å tenke på en litt annen måte da eller?

B: Mmmm. Og sånn sett så var det det eneste jeg trengte å finne ut kan jeg si. Og det klarte jeg å gjøre ganske greit eller veldig bra.

Når de gjelder forklaringer som er knyttet til forhold utenfor terapien er det to typer forklaringer: enten at endringen har oppstått på grunn av generelle forhold som for eksempel at de har tatt opp kontakten med gamle venner eller at de selv har gjort noe bevisst for å skape endring. En av jentene fortalte at hun hennes største problem da hun kom til BUP var at hun strevde med å sove alene. Hun fortalte at hun hadde greid å ordne opp i dette selv ved å sove

hos en kamerat til dette gikk over. De av barna og ungdommene som var mest misfornøyde med terapien ser ut til å være de som oftest knytter endringen til forhold utenfor terapien.

De aller fleste barna og ungdommene knytter endring til det som har skjedd i terapien. Siden oppgaven omhandler deres opplevelse av å gå i terapi vil jeg fokusere på disse forklaringene.

Godt å få snakket ut

Den vanligste beskrivelsen av hva som har gjort at barna og ungdommene har endret seg er at de har fått snakket ut om det de hadde opplevd. Dette til tross for at det å snakke om den traumatiske hendelsen var veldig ubehagelig. Josefine, 16 år, sa: *”Når du har opplevd noe fælt så er det jo godt å få hjelp med det sånn at det ikke stenger seg inne i hodet ditt og alt er bare fælt.”*

At det er godt å få snakket ut ser for noen av ungdommene ut til henge sammen med at de før behandlingen har følt at de har måttet holde alle tanker og følelser inni seg og at det opplevdes som en stor lettelse å få delt det med noen. Lars Petter, 17 år, sa: *”Det var veldig deilig å få det vekk og ut av hodet”*. På spørsmål om hvorfor hun hadde fått det bedre svarte Christina, 17 år:

”Jo, for før så måtte jeg drive å holde det inne i meg selv. Mens hun psykologen som jeg hadde hun fikk jo meg til å få ut alt og hun var veldig på hva som fikk meg til å minne meg på de tingene og sånn. Hun fikk meg til å snakke om det og det hjalp meg slik at jeg ble veldig lettet... jeg ble mye lettere. Etter at jeg gikk ut av hver time så følte jeg meg helt tom og det var veldig deilig.”

Å snakke om hendelsen og tankene og følelsene knyttet til hendelsen innebærer en indirekte eksponering for og en bearbeiding av traumet som gradvis vil gjøre at barnet opplever at det blir mindre skremmende å tenke på traumet og at påtrengende tanker kommer sjeldnere (Cohen et al., 2006). Pennebaker, Kiecolt-Glaser & Glaser (1988) hevder at fysiologisk vil det å fortelle om hendelsen reduserer hjernens arbeid med aktivt inhibisjon av minnet. Kognitivt vil det kunne føre til en reframing og assimilering av hendelsen (Pennebaker et al., 1988).

Å gå tilbake til der det skjedde

En av jentene som hadde opplevd å bli voldtatt fortalte at det som virkelig hjalp for hennes del var å gå tilbake til stedet der voldtekten skjedde sammen med terapeuten. Dette gjorde at hun forstod at voldtekten var over og ikke ville skje på nytt selv om hun vendte tilbake til stedet der det skjedde:

I: Hva tror du det var som gjorde at det ble bedre?

B: *Ehh.. Jeg vet ikke. Jeg tror faktisk det var det å gå tilbake til der det skjedde.*

I: At dere gikk tilbake til der det skjedde?

B: *Ja, jeg fikk et annet synspunkt på det stedet. Jeg var der uten at det skjedde.*

Å oppsøke stedet der traumet skjedde kalles in vivo eksponering. In vivo eksponering brukes i forbindelse med traumebehandling hvis pasienten har utviklet angst for steder eller situasjoner som var knyttet til hendelsen og derfor unngår å oppsøke disse. Problemet med unngåelse er at det er svært selvforsterkende og en aldri får erfart at den fryktede situasjonen eller stedet faktisk ikke er farlig. Ved å gradvis eksponere seg for det en er redd for sammen med terapeuten vil en erfare at det en er redd for ikke skjer på nytt og angsten for stedet eller situasjonen vil dermed gradvis reduseres (Cohen et al., 2006). Å erfare at en kan være på stedet og ikke oppleve den traumatiske hendelsen på nytt er en viktig erfaring i forhold til å forstå at den traumatiske hendelsen tilhører fortiden og ikke er knyttet til situasjonen eller stedet.

Nyttig å lære teknikker

Flere forteller at det at de lærte teknikker som de kunne bruke for å mestre vanskelige følelser var nyttig. Kjersti, 15 år, sa:

Hun gav meg oppgaver som jeg skulle gjennomføre.. hvis jeg ble sint så skulle jeg holde pusten eller puste med magen og masse sånne ting da. Og at jeg skulle gjøre sånne pusteøvelser før jeg la meg sånn at jeg skulle slappe av og masse sånt da.

Ane, 17 år, følte seg veldig sliten da hun kom til BUP og hadde nytte av å lære avslapningsteknikker:

Nei, at jeg har begynt å tenke over det hun fortalte meg da på BUP, hvorfor jeg var sliten og at jeg må... bruke teknikker for.... å få meg til å bli mer rolig og det var sånn som jeg lærte på BUP som jeg har brukt senere som kanskje har gjort at ting har blitt litt bedre.

Etter en traumatisk hendelse vil de fleste kjenne en vedvarende fysiologisk aktivering; hjertet slår fortere, en skvetter lettere, musklene er anspent, det blir vanskelig å sovne og en kan kjenne seg rastløs, irritabel og bli lett sint. Gjennom å bruke avslapningsteknikker kan en hjelpe barnet til å få mer kontroll over sine stressreaksjoner (Cohen & Mannarino, 2008).

Foreldrenes beskrivelser av hva som har skapt endring

Når foreldrene blir spurt om hvorfor de tror barnet har endret seg, gir de aller fleste svar der de knytter endringen til terapien. Få nevner at forhold utenfor terapien kan ha skapt endring. Dette kan ha sammenheng med at mange oppfattet intervjuet som en slags evaluering av behandlingen av BUP og derfor tenker at det er hvordan terapien har skapt endring som det vil være relevant å snakke om. Det kan også henge sammen med at de har et annet perspektiv enn barnet og derfor tenker annerledes om hva som har gjort at barnet har endret seg. I likhet med barna er det de av foreldrene som er mest misfornøyde med behandlingen som forklarer endring ut i fra forhold utenfor terapien. Dette gjelder imidlertid bare to foreldre. Den ene faren mente at det at familien hadde snakket med datteren om den traumatiske hendelsen hadde hatt større betydning enn terapien, fordi datteren ikke hadde klart å åpne seg helt for terapeuten.

Foreldrenes forklaringer av hva ved terapien som har hjulpet er ganske like barnas. Foreldrene er for det første opptatt av at det var viktig at barnet fikk ”snakket ut” om det som hadde skjedd. En forskjell er imidlertid at de i større grad enn barna vektlegger at barnet fikk snakket med en profesjonell. At det var viktig å snakke med en profesjonell blir både knyttet til at terapeuten har kunnskap om hvordan han/hun kan hjelpe barnet og at terapeuten var en som barnet ikke trengte å beskytte eller ta hensyn til. Foreldrene til ungdommene som hadde blitt voldtatt var også opptatt av at det kunne være flaut for barnet å snakke med dem om detaljer knyttet til voldtekten og at det derfor var fint at de kunne snakke med en utenforstående terapeut. Noen av foreldrene var også opptatt av at det var viktig at terapeuten kunne hjelpe barnet med å bli kvitt skam og skyldfølelse.

Flere av foreldrene trakk fram at det var viktig at barna sammen med terapeuten gikk ordentlig inn i traumehistorien. Mor til Lars Petter, 17 år, var opptatt av at Lars Petter fikk bearbeidet noen spesielt vanskelige hendelser fra skolen:

Lars Petter har hatt det veldig turbulent hele livet sitt. Han har aldri hatt en god dag på skolen. Og jeg tror det ble så stort.. og så plutselig så klarte de på en måte å fra at det var veldig stort så gikk de ned på de spesielle tinga som gjorde veldig vondt for han. Det tror jeg var veldig viktig. At han klarte å komme igjennom den tette veggen og på en måte sette fingeren på et par-tre spesielle hendelser som satt veldig hardt.

Kun en av fedrene mente at den 16 år gamle datteren ble verre av å snakke om traumehistorien: ”Jeg konkluderer selv at hvis man snakker mye om samme ting... til slutt så hjelper det ikke for det minner deg hele tiden om det som skjedde med deg.”

Denne faren mente datteren fikk det bedre etter at behandlingen var avsluttet fordi hun ikke ble minnet på traumehistorien lenger. Datteren selv mente imidlertid at det å snakke om voldtekten var viktig og at det at hun kjente seg bedre etter behandlingen skyldes at hun hadde fått snakket ut om hendelsen.

I likhet med barna og ungdommene trakk flere av foreldrene fram at det var viktig at barna lærte teknikker som de kunne bruke for å berolige seg selv, for eksempel når de skulle sove eller når de ble veldig sinte.

Diskusjon

Resultatene har gitt oss beskrivelser av en gruppe barn/ungdommer og deres foreldres forventninger til å komme til BUP, opplevelser underveis i behandlingsprosessen, oppfatning av endring og hva som har skapt endring. Deres beskrivelser gir verdifull kunnskap om hva som skal til for å få en god opplevelse av behandlingen og forhold som kan skape utfordringer underveis.

Denne diskusjonsdelen vil være todelt. Den første delen vil inneholde en drøfting av terapeutiske utfordringer og kliniske implikasjoner som har blitt aktualisert i resultatdelen. Den andre delen vil inneholde en drøfting av den metodiske tilnærmingen ut i fra mine erfaringer med å intervju barn og ungdom over telefon. Til slutt vil jeg drøfte hvordan vi kan anvende kunnskap fra studier som dette. Jeg vil her fokusere på anvendelse av kunnskap fra barnets perspektiv.

Terapeutiske utfordringer og kliniske implikasjoner

Her har jeg valgt å ta for meg følgende temaer: Å snakke om traumer, fokus i terapi, utfordringer i arbeid med foreldre av traumatiserte barn, videreformidling av informasjon og forskjeller i barnets og foreldrenes beskrivelse av endring.

Å snakke om traumer: viktig med en begrunnelse

Som resultatene har vist gruet barna og ungdommene seg til å snakke om traumehistorien før de kom til BUP og de opplevde at det var ubehagelig å snakke om den underveis. I ettertid sier imidlertid de aller fleste at det å snakke om traumehistorien var med på å gjøre at de fikk det bedre. Noen beskriver det også som en lettelse. Dette er viktig informasjon til terapeuter som er usikre på om de skal utsette barn for den ubehagelige opplevelsen det er å snakke om traumehistorien.

Det eksisterer en debatt innen fagmiljøet knyttet til om det å snakke om selve traumehistorien er nødvendig for å oppnå endring. På den ene siden finnes det mange forskere som hevder å ha vist at eksponering for minner om traumet er effektiv traumebehandling (Cohen et al., 2006; Boudewyns, Hyer, Woods, Harrison & McCranie, 1990; Foa, Rotbaum, Riggs &

Murdock 1991; Roth & Fonagy, 1996,). Som nevnt innledningsvis anbefaler APAs retningslinjer for PTSD (2009) at pasienter med PTSD får behandling som inneholder eksponering. På den andre siden finnes det også studier som har funnet at eksponering ikke fører til reduksjon av PTSD-symptomer (Johnson et al., 1996; Solomon, 1992). Det har i tillegg blitt vist at for tidlig eksponering kan føre til retraumatisering (Courtois, 1997). Med retraumatisering menes at samtale om, eller tanker på, minner om traumer aktiverer sterke emosjonelle reaksjoner eller destruktive mestringsforsøk, uten at pasienten har metoder for å regulere disse (Hokland, 2006). Hokland (2006) har gjennomgått studier som har sett på under hvilke forhold eksponering for traumehistorien kan være skadelig og funnet at dårlig evne til affektregulering og uttrygghet i relasjoner ser ut til å være forhold som kan gjøre at eksponering kan få negative konsekvenser. Den pågående debatten i fagmiljøet knyttet til om eksponering er nødvendig og om det kan være skadelig har gjort at mange terapeuter er usikre på om de skal gå inn i traumehistorien eller ikke. I en undersøkelse blant amerikanske psykologer fant en at de eksponeringsteknikkene som er funnet effektive i forhold til å redusere PTSD-symptomer, likevel i liten grad blir brukt av klinikere (Becker, Zayfert & Anderson, 2004). Nevnte studier har blitt gjennomført på voksne. Når det gjelder forskning på effekter av eksponering hos barn med PTSD er det gjort for lite forskning til å kunne bekrefte at dette er nødvendig (Jensen, 2007).

Barna og ungdommene i min undersøkelse bekrefter at det å snakke om traumet var svært vanskelig. Mange sa at de gråt og ble veldig redde. Å tåle å se at barnet blir lei seg og urolig kan være en følelsesmessig utfordring for terapeuter, særlig hvis en er usikker på om det å snakke om traumet vil føre til bedring og hvis en redder for at det skal være skadelig. I TF-CBT forsøker en å redusere sannsynligheten for retraumatisering ved å arbeide med å lære barnet pusteteknikker og avslapningsteknikker før man går inn i traumehistorien. Terapeuten kan også hjelpe barnet med å bruke disse øvelsene under selve eksponeringen for å unngå at barnet blir overveldet.

Samtidig som flere av barna og ungdommene etter endt terapi sa at det var viktig å snakke om traumet, trakk de også fram det å bli presset til å snakke som svært negativt. Som vi har sett beskrev en av ungdommene jeg intervjuet at hun mente hun hadde ”kommet over” traumet, mens terapeuten var uenig i dette. Fordi unngåelse nettopp er en del av PTSD kan det være en vanskelig avveining for terapeuter å vurdere om klienten virkelig ikke plages av traumet lenger eller om han eller hun prøver å unngå å snakke om det. Fordi det eksisterer en

maktforskjell mellom terapeuten og barnet har terapeuten mulighet til å bestemme hva som skal være tema i timene ut i fra hva terapeuten mener er viktig. Å presse klienten til å arbeide med noe han eller hun ikke selv opplever som et problem vil imidlertid kunne oppleves som både meningsløst og frustrerende. Hvis terapeut og klient har forskjellige oppfatninger av om klienten plages av traumet bør dette avklares slik at terapeut og klient kan utvikle en felles oppfatning av hva som skal være terapiens mål og hvordan en skal arbeide mot dette målet. Dette vil være viktig for å kunne etablere en god terapeutisk allianse.

Ut i fra intervjuene med barna og ungdommene ser det ut til at en god begrunnelse for hvorfor barnet skal snakke om traumehistorien kan motivere barnet til å holde ut ubehaget som det opplever under eksponeringen. At en slik begrunnelse ser ut til å være viktig kan forklares ut i fra at den skaper mening underveis i et vanskelig arbeid. Det er lettere å holde ut ubehaget hvis en vet at det vil gå over og at det vil føre til at en får det bedre. Som voksen er det lett å tenke at slike forklaringer er mindre viktige når en arbeider med barn. Da glemmer en imidlertid at barn akkurat som voksne er kompetente individer som kan ta i mot og vurdere informasjon, og som kan la seg overbevise av et godt argument. Som nevnt innledningsvis er barns rett til deltakelse i dag implementert i læreplanene i skole og barnehage. Mange barn og ungdommer er derfor vant til å bli tatt med på råd og vurdere informasjon i forhold til beslutninger som angår dem selv.

Fokus i terapi: barnas behov for å snakke om andre tema

Barna og ungdommene var som vi har sett opptatt av å få være med å bestemme hva de skulle snakke om i behandlingen. En del fortalte at de hadde andre tema de ønsket å snakke om enn akkurat det som var knyttet til traumehistorien. Noen fikk lov til å bruke tid på andre temaer, mens andre opplevde at de ikke fikk det og uttrykte at de var misfornøyd med dette. Alle klienter, inkludert barneklienter, lever i en sosial kontekst der nye konflikter og vanskelige situasjoner vil oppstå og prege barnet. Når barnet begynner å oppleve terapeuten som en hjelper vil det å bringe inn nye temaer i terapirommet kjennes riktig fordi de kjenner at ”terapeuten er en jeg kan snakke med vanskelige ting om”. Det er grunn til å hevde at det å bruke tid på barnets andre temaer vil være viktig for den terapeutiske prosessen og for at barnet skal få en god opplevelse av behandlingen. Svendsen (2007) argumenterer for at terapeutens responsivitet er en forutsetning for en gode allianse. Svendsen bruker begrepet responsivitet om ”terapeutens kontinuerlige oppmerksomme tilstedeværelse, hele tiden nært knyttet opp til hva som ser ut til å være barnets oppmerksomhetsfokus”. Terapeutens

responsivitet gir en mulighet for at barnet kan oppleve at ”terapeuten er interessert i hva jeg gjør, føler og tenker. Hun hører på meg og det jeg sier er betydningsfullt”. Å følge barnets fokus og være opptatt av barnets temaer kan videre ses på som en forutsetningen for intersubjektivitet. Hansen (2000) hevder at et intersubjektivt fellesskap på mange måter er en forutsetning i enhver terapi og at et viktig utgangspunkt for å oppnå dette er å være der pasienten er i sin opplevelsesverden.

I tillegg til at det å ikke være opptatt av barnets temaer kan få konsekvenser for den terapeutiske alliansen vil sannsynligvis barnets egne temaer uansett påvirke barnets oppmerksomhet og gå utover barnets evne til å være tilstede i terapirommet. På den måten kan det gjøre at terapien som utføres blir mindre effektiv. Et eksempel på dette kan være at barnet kommer til terapitimen og er opprørt etter en krangel med en venninne. Hvis barnet ikke får lov til å snakke om dette temaet vil det sannsynligvis allikevel gjøre at barnet ikke klarer å være fullt tilstede i terapirommet. At terapeuten signaliserer at barnet ikke får lov til å snakke om dette temaet kan i tillegg oppfattes som at terapeuten ikke bryr seg om det barnet er opptatt av som igjen kan føre til en opplevelse av at ”jeg er ikke viktig”. Om en ikke åpner for barnets andre temaer kan det også føre til at terapeuten går glipp av viktig informasjon om hvordan traumeerfaringen har påvirket barnets tanker og følelser knyttet til andre deler av livet.

At det er viktig å være opptatt av barnets tema betyr ikke at fokus i terapi kun bør styres av barnet. Som nevnt tidligere finnes det mye dokumentasjon på at eksponering for traumehistorien er viktig for å redusere PTSD-symptomer. Ved arbeid med barn der en tenker at dette er nødvendig blir utfordringen å både kunne møte barnet i forhold til det barnet er opptatt av og få barnet med på å arbeide med traumehistorien. Det finnes ulike måter å gjøre dette på. En mulighet er å avtale med barnet at en deler opp timen slik at en får tid til begge deler. En annen mulighet er å integrere barnets andres tema i arbeid som er knyttet til traumearbeidet. Hvis en anvender TF-CBT kan en for eksempel knytte barnets andre tema til arbeid med affektregulering og kognisjoner.

Utfordringer ved arbeid med foreldre av traumatiserte barn

Mange av foreldrene beskrev at det var vanskelig å komme til BUP. Mange opplevde at de ikke strakk til som foreldre og kjente skyldfølelse i forbindelse med dette. Noen følte også skyldfølelse i forbindelse med at de ikke hadde greid å beskytte barnet sitt mot en ubehagelig

eller truende situasjon. Dette kan henge sammen med at det er en vanlig oppfatning at foreldre skal beskytte barnet sitt mot fare. I tillegg til å ha skyldfølelse var mange veldig lei seg for det som hadde skjedd med barnet. Det at foreldre av traumatiserte barn kommer til BUP med så mye skyldfølelse og tristhet er nyttig informasjon til det kliniske feltet. Det er lett å undervurdere hvor vanskelig det kan være å komme til BUP som forelder.

Det at foreldrene i stor grad fikk være aktive deltakere i barnets behandling og selv motta veiledning og emosjonell støtte ser ut til å være med på å gi dem noe av mestringsfølelsen knyttet til det å være foreldre tilbake. Etter at behandlingen var avsluttet beskriver mange at til tross for at de ser at barnet fremdeles strever, kjenner at de nå håndterer situasjonen og at de selv kan hjelpe barnet videre. Hvis en tenker seg at foreldrene overlater noe av ansvaret for barnet til terapeuten når de ankommer BUP, ser det ut til at det ved avslutningen av behandlingen skjer en tilbakeføring av dette ansvaret fra terapeuten til foreldrene.

Intervjuene med foreldrene har vist at de fleste foreldrene opplevde det som meningsfullt og nyttig å være med i barnets behandling. For å oppfatte det som meningsfullt ser det ut til å være viktig å ha en oppfatning av hvorfor det å møte til samtaler kan være til hjelp for barnet. En av foreldrene som ikke opplevde det som meningsfullt å møte opp til foreldresamtaler ga uttrykk for at han ikke forstod hvorfor han var der. Fordi barnet var et fosterbarn og traumehistorien hadde skjedd før han overtok omsorgen for barnet var det vanskelig å se hvordan det å møte til foreldresamtaler skulle kunne hjelpe barnet. Jeg vil argumentere for at ved arbeid med foreldre vil forhandling om samtalenes mål og arbeidsmåter være relevant på mange av de samme måtene som ved arbeid med barnet. Hvis foreldrene og terapeuten er helt uenig i hva som er hensikten med samtalene kan det være vanskelig å jobbe mot et felles mål.

Det er ikke gitt hva foreldresamtaler skal brukes til. Noen av foreldrene var opptatt av det var barnet som skulle ha behandling og brukte foreldresamtalene i hovedsak til å formidle hvordan det gikk med barnet hjemme. Andre ga tydelig uttrykk for at de selv hadde behov for råd og støtte og at det var godt at terapeuten kunne tilby dette. På samme måte som barna kommer foreldre med ulike forventninger til hva det å møte til timer på BUP skal innebære. Noen kan ha tanker om at foreldresamtaler utelukkende skal brukes til å snakke om barnet og kan være redde for å gi inntrykk av at de ikke mestrer situasjonen. Dette kan gjøre at de lar være å fortelle om hva de opplever som vanskelig. Sannsynligvis vil det for de aller fleste foreldre være godt å få bekreftet hvor vanskelig det kan være å være foreldre til et barn som

strever. Det kan derfor være viktig å tilby denne forståelsen også til foreldre som selv sier at de ikke trenger hjelp og åpne opp for at de kan bruke foreldresamtalene til å fortelle om hvordan de opplever å være foreldre til et barn som har det vanskelig.

Videreformidling av informasjon: behovet for å lage avtaler

En utfordring med å arbeide med foreldre og barn hver for seg er hvordan en skal få til en videreformidling av informasjon mellom de to partene på en måte som både ivaretar foreldrenes behov for å få vite hvordan barnet har det og samtidig barnets ønske om at det er opplysninger foreldrene ikke skal få vite. Som vi har sett var det flere av barna og ungdommene som var opptatt av at terapeuten hadde taushetsplikt og sa at dette var med på å gjøre at det var enklere å snakke med terapeuten. De fleste sa at det var greit at terapeuten videreformidlet informasjon til foreldrene, men at en viktig forutsetning var at barnet og terapeuten på forhånd hadde blitt enige om hvilken informasjon som skulle gå videre. Selv om de hadde laget avtaler var det noen som sa at det var ubehagelig å tenke på at foreldrene og terapeuten snakket om dem uten at de var tilstede. Dette gjaldt særlig ungdommene. Jo eldre barnet er, jo viktigere ser det ut til å være å snakke med barnet om hvorfor en tenker at det er viktig at informasjon deles, hva som skal deles, og om det er noe barnet absolutt ikke vil at skal deles.

Når det gjelder informasjon som barnet ikke vil at skal deles kan det være hensiktsmessig å undersøke hvorfor barnet ikke vil dette. Hvis barnet for eksempel ikke ønsker at foreldrene skal vite hva barnet har opplevd fordi de ønsker å skåne foreldrene kan det være viktig å arbeide videre med dette. Fordi det er foreldrene som skal følge barnet videre anses det som viktig at traumehistorien blir noe de kan snakke om slik at foreldrene kan fortsette å hjelpe barnet med å forstå og utvikle narrativen knyttet til hendelsen etter at behandlingen er avsluttet. Det vil også være viktig for barnet å oppleve at foreldrene tåler å høre hva barnet har vært igjennom og hvordan barnet har det fordi det kan være med å gjenetablere synet på foreldrene som trygge voksne. Foreldrene på sin side kan ha nytte av slik informasjon fordi det kan gjøre at det blir lettere å hjelpe barnet. I andre tilfeller kan det å la være å videreformidle informasjon være hensiktsmessig. Hvis en ungdom som har blitt voldtatt ikke ønsker at foreldrene skal få vite detaljer om voldtekten kan dette være riktig å ta hensyn til fordi det handler om respekt for ungdommens personlige grenser og fordi det ikke er absolutt nødvendig at foreldrene får vite denne typen informasjon. Å avtale med barnet hva som skal

videreformidles ser uansett ut til å være viktig for at barnet skal oppfatte terapeuten som en barnet kan stole på.

Forskjeller i barnets og foreldrenes beskrivelse av endring: behovet for å spørre både barn og foreldre

Som vi har sett gir både barnet og foreldrene beskrivelser av hvordan barnet har endret seg etter behandlingen. Barna og ungdommene er opptatt av at de tenker mindre på det som skjedde, at de er mindre deprimerte og redde og at de har begynt å tenke annerledes.

Foreldrene er opptatt av at barnet har blitt gladere og blidere, at det har begynt å gjøre de aktivitetene de pleide å gjøre før den traumatiske hendelsen og at de har fått bedre kontakt med barnet sitt. En forskjell mellom barna og foreldrenes beskrivelse av endring er at barna i større grad enn foreldrene beskriver endring som fravær eller reduksjon av symptomer mens foreldrene oftere beskriver endringen som tilfang av noe nytt eller økning av noe positivt, for eksempel at barnet har fått økt selvtillit. Nesten samtlige av barna og ungdommene sa at de tenker mindre på det som skjedde, mens ingen av foreldrene nevnte dette. Forskjellen i hvordan barna og foreldrene beskriver endring reflekterer forskjellen på å ha det vanskelig og å observere noen som har det vanskelig. Det er bare barnet selv som kan kjenne symptomtrykket og derfor også et symptomlette. Foreldrene kan fra utsiden se at barnet ikke har det bra og vil være opptatt av den endringen de kan observere i barnets atferd, for eksempel at barnet smiler mer, går mer ut eller virker tryggere. Resultatene fra denne undersøkelsen stemmer overens med forskning som har sammenlignet barn og foreldres beskrivelse av symptomer etter en traumatisk hendelse. Pynoos (1994) beskriver at barn etter en traumatisk hendelse oftere enn foreldrene rapporterer subjektive symptomer som tanker som trenger seg på og emosjonell unngåelse. Foreldrene rapporterer oftere endringer i barnets atferd, for eksempel at barnet er mer aggressivt, virker mer redd eller viser regressiv atferd, for eksempel i form av tilbaketrekning.

Det at barna og ungdommene rapporterer andre endringer enn foreldrene illustrerer hvor viktig det i utredningssituasjon er å snakke også med barnet, ikke bare foreldrene. Vi kan ikke ta for gitt at barnet alltid forteller foreldrene hvordan det har det. Som vi har sett beskrev noen av ungdommene at de var redde for å fortelle foreldrene hvordan de hadde det av frykt for at de skulle tro de var gale. Andre var redde for at foreldrene skulle bli lei seg. Dette kan være med på å gjøre at de ikke forteller foreldrene om sine symptomer som igjen kan føre til at foreldre ikke forstår hvor mye barnet strever. Dyb, Holen, Brønne, Indredavik & Aarseth

(2003) fant at foreldre av barn som hadde vært i en bussulykke ofte undervurderte alvorligheten av barnas reaksjoner. På den andre siden kan det være vanskelig for barn å være fortelle om enkelte symptomer, for eksempel nummenhet og unngåelsessymptomer, i tillegg til at barn tenderer til å underkommunisere alvorlige atferdsavvik som alvorlig utagering (Cohen, 1998). Det å intervju *både* barn og foreldre ser derfor ut til å være viktig for å få best mulig kunnskap om hvordan barnet har det.

Vurdering av den metodiske tilnærmingen

Som nevnt i innledningen kan det virke som at det fremdeles eksisterer en tvil knyttet til om barn er i stand til å evaluere en terapiprosess. Resultatene fra denne undersøkelsen mener jeg viser at barn over 10 år ikke bare er i stand til å evaluere en terapiprosess, men at det de formidler også gir nyttig kunnskap som er høyst relevant for det kliniske feltet. Barna har vist at de kan fortelle om forventninger knyttet til å gå i terapi, hvordan de opplevde selve terapiprosessen og hva som var viktig i tilknytning til dette. De har også gitt beskrivelser av hvordan de har endret seg og hvordan de forklarer denne endringen. Som vi har sett er det gjennom å kombinere denne kunnskapen med vår profesjonelle kunnskap mulig å trekke ut nyttige kliniske implikasjoner. Det har også vært nyttig å intervju foreldrene. Innsikt i foreldrenes perspektiv har gjort at vi har fått mer kunnskap om hvilke følelser foreldre av traumatiserte barn kan ha knyttet til å oppsøke BUP og hvilken type hjelp og veiledning de kan ha behov for.

Generelt har jeg fått inntrykk av at de aller fleste barna og foreldrene har opplevd det å bli intervjuet om sine erfaringer fra BUP som et tema som angår dem. Ut i fra stemmebruk og innholdet i svarene har det virket som om mange har blitt engasjerte under intervjuene. Dette gjelder både de som har vært veldig fornøyde og de som har vært misfornøyde. At dette temaet engasjerer skyldes sannsynligvis at det å gå i behandling på BUP har vært en viktig opplevelse. Dette er ikke et trivielt tema som de er likegyldige til. De fleste barna og ungdommene har blitt spesielt engasjert av spørsmålene hvor de skal gi sine anbefalinger til terapeuter og til andre barn og ungdommer. At dette spørsmålet engasjerer dem viser de gjennom å komme med flere og utvidede svar hvor de for eksempel skisserer ulike problemer barn og ungdommer kan ha og hva det er viktig å gjøre i de ulike situasjonene. Spørsmål hvor de blir bedt om å komme med sine anbefalinger understreker at de sitter inne med en unik erfaring som det er nyttig at de formidler videre.

Vedrørende bruk av telefonintervju har dette vist seg å være en metode som har fungert godt på den måten at jeg har fått tak i relevant kunnskap på en praktisk lett gjennomførbar måte. Spesielt når det gjelder ungdommene har de vært enkle å komme i kontakt med. Det er usikkert om jeg hadde fått like mange ungdommer som jeg har intervjuet over telefon til å møte opp til et intervju. Ungdommene har gitt inntrykk av at det å bli intervjuet over telefon er noe de er komfortable med. Dette kan ha sammenheng med at det de siste årene har skjedd en enorm økning i bruk av mobiltelefon blant ungdommer. Tall fra Statistisk sentralbyrå viser at i 2004 brukte 97% av jenter mellom 16 og 24 år mobiltelefon hver dag. Blant gutter var andelen 91%. Det å snakke i mobiltelefon er derfor noe de fleste er vant til og trygge på. De aller fleste ungdommene hadde sin egen mobiltelefon og opplevde av den grunn kanskje telefonsamtalen som mer privat enn de hadde gjort hvis de hadde brukt familiens hustelefon. Barna har også virket komfortable med å bli intervjuet over telefon, selv om de generelt har gitt noe kortere svar. Det er imidlertid vanskelig å vurdere om dette skyldes at de har blitt intervjuet over telefon.

Det å intervju foreldre over telefon har på samme måte som med barna fungert godt, selv om de generelt har vært vanskeligere å få tak i. Som nevnt i metodedelen har det i noen få tilfeller vært et problem at foreldrene har sett på intervjuet som et veldig kort intervju og oppsummert sine erfaringer med veldig få ord. I slike tilfeller har det vært vanskelig å få tak i mer utfyllende beskrivelser. De aller fleste har imidlertid kommet med grundige beskrivelser av sine erfaringer.

Fravær av tilgang til nonverbal kommunikasjon og kontekstuell informasjon har som nevnt tidligere ofte blitt beskrevet som en svakhet ved bruk av telefonintervju fordi det kan føre til feiltolkning av intervjudata (Novick, 2008). Jeg har ikke opplevd at det har vært problematisk å ikke ha tilgang til nonverbal kommunikasjon under intervjuene. I noen få tilfeller har jeg under lytting til intervjuene oppdaget at intervjuer ser ut til å ha misforstått det intervjupersonen sier. Om dette henger sammen med manglende tilgang til nonverbal kommunikasjon er imidlertid vanskelig å vurdere. I forhold til kontekstuell informasjon har ikke dette vært helt fraværende i denne undersøkelsen fordi jeg har sittet inne med en del opplysninger om barn og foreldre før jeg intervjuet dem. Informasjon om hva barnet har vært utsatt for og litt om behandlingen har hjulpet meg til å lettere forstå hva barn og foreldre snakker om. Jeg vil anta at det er vanskeligere å gjennomføre intervjuer over telefon med tilfeldige personer hvor en ikke sitter inne med noen forhåndsinformasjon.

Til slutt: Hvordan kan vi anvende kunnskap fra et barneperspektiv?

Etter å ha utforsket hvordan barn og ungdom har opplevd å gå i behandling, kommer spørsmålet om hvordan denne kunnskapen skal anvendes. I flere studier påpekes det at resultatene fra liknende studier svært sjelden har ført til praktiske endringer i hvordan psykiske helsetjenestene drives. Worrall-Davies og Marino-Francis (2008) gjorde en gjennomgang av studier som hadde undersøkt barn og ungdoms opplevelse av å gå i psykologisk behandling og fant at ingen av de aktuelle klinikkene hadde endret sin praksis etter å fått forslag om endring fra resultatene av studiene. Dette er et oppsiktsvekkende funn da flere av studiene nettopp hadde til hensikt å øke barnas brukervedvirkning. Young et al. (1996) påpeker at til tross for påstanden om at informasjon om brukeres opplevelser er nyttig for forskere og klinikere ser ikke dette ut til å være universelt akseptert. Young hevder at profesjonelle ser ut til å være styrt av tanken om at barn og ungdom er for umodne til å gi nyttig feedback og at de derfor ikke benytter seg av den relevante forskningen. Manglende implementering av forskning er imidlertid ikke noe som er spesielt for dette forskningsområdet. Generelt ser det ut til at det å integrere forskningsbasert kunnskap i praksis er en utfordring for hele det kliniske feltet (Sørli, Ogden, Solholm & Olseth, 2010).

En utfordring ved anvendelse av kunnskap fra studier der barn har fortalt om sine opplevelser i terapi er hvordan denne kunnskapen skal vektlegges opp mot den kliniske kunnskapen, særlig hvis disse to perspektivene er motstridende. Som nevnt innledningsvis vil ikke det at vi utforsker barns meninger bety det samme som at barnets stemme alltid skal vurderes som den viktigste eller mest kvalifiserte meningen. Selv om barn for eksempel sier at de synes det er ubehagelig at terapeuten snakker med foreldrene, betyr ikke det at dette nødvendigvis er noe vi skal slutte med. Utfordringen blir å kunne ta i bruk det barna forteller sammen med vår profesjonelle kunnskap slik at barnet får en best mulig opplevelse av behandlingen samtidig som vi kan utføre den behandlingen vi mener er mest effektiv.

Barna i denne undersøkelsen har formidlet viktige synspunkter fra sin erfaring med å gå i terapi som det er mulig å trekke praktiske kliniske implikasjoner ut i fra. Resultatene tyder på at det å la barn være deltakende i behandlingen for eksempel gjennom å forklare dem hvorfor det kan være viktig å snakke om tema som det er ubehagelig å snakke om, kan gjøre at det å gå i behandling oppleves som mer meningsfullt og motiverende. Denne kunnskapen kan også være relevant i forhold til behandling av barn med andre psykiske lidelser.

Referanser

Andenæs, A. (1991). From investigated object to co-researcher? Way-of-life-interview with 4 to 5 year-old-children. *Nordisk Psykologi*, 43, 274-292.

American Psychological Association's Practice Guidelines: Guideline Watch (March 2009): Practice Guideline for the Treatment of Patients With Acute Stress Disorder and Posttraumatic Stress Disorder. Nedlastet den 20. april 2010 fra <http://www.psychiatryonline.com/content.aspx?aid=156498>

American Psychiatric Association (APA). (1994) Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4. utg.). Washington, DC: Forfatter.

Barne- og familiedepartementet: FNs konvensjon om barns rettigheter. (2003, mars). Nedlastet den 12. april 2010 fra http://www.regjeringen.no/upload/kilde/bfd/bro/2004/0004ddd/pdfv/178931-fns_barnekonvensjon.pdf

Becker, C. B., Zayfert, C., & Anderson, E. (2004). A survey of psychologists' attitudes towards utilization of exposure therapy for PTSD. *Behaviour Research and Therapy*, 42, 277-292.

Bjertnæs, Ø. A., Garratt, A., Helgeland, J., Holboe, O., Dahle, K. A., Hanssen-Bauer, K., & Røttingen, J. A. (2008). Foresattes vurdering av barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker. *Tidsskrift for norsk legeforening*, 8.

Bjørngaard, J. H., Andersson, H. W., Ose, A. O., & Hanssen-Bauer, K. (2008). User satisfaction with child and adolescent mental health services. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 43, 635-641.

Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 16, 252-260.

Boudewyns, P. A., Hyer, L., Woods, M. G., Harrison, W. R., & McCranie, E. (1990). PTSD among Vietnam veterans: An early look at treatment outcome using direct therapeutic exposure. *Journal of Traumatic Stress, 3*, 359-368.

Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology, 3*, 77-101.

Buston, K. (2002). Adolescents with mental health problems: what do they say about health services. *Journal of Adolescence, 25*, 231-242.

Carr, E. C. (1999). Talking on the telephone with people who have experienced pain in hospital: Clinical audit or research? *Journal of Advanced Nursing, 29*, 194-200.

Carroll, J. (2002). Play therapy: the children's views. *Child and Family Social Work, 7*, 177-187.

Christensen, P., & James, A. (2000). *Research with children*. London: Falmer Press.

Church, E. (1994) The role of autonomy in adolescent psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 31*, 101-108.

Clark, A., Kjørholt, A. T. & Moss, P. (2005). *Beyond listening. Children's perspectives on early childhood services*. Bristol: Policy Press.

Cohen, J. A. (1998). Practice parameters for the assessment and treatment of children and adolescents with posttraumatic stress disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 39*, 997-1001.

Cohen, J. A., & Mannarino, A. P. (2008). Trauma-focused cognitive behavioral therapy for children and parents. *Child and Adolescent Mental Health, 13*, 158-162.

Cohen, J. A., Mannarino, A. P., & Deblinger, E. (2006). *Treating trauma and traumatic grief in children and adolescents*. New York: The Guilford Press.

Cook, A., Spinazzola, J., Ford, J., Lanktree, C., Blaustein, M., Cloitre, M., DeRosa, R., Hubbard, R., Kagan, R., Liataud, J., Mallah, K., Olafson, E., & van der Kolk, B. A. (2005). Complex trauma in children and adolescents. *Psychiatric Annals*, 35, 390-398.

Courtois, C. A. (1997). Healing the incest wound: A treatment update with attention to recovered-memory issues. *American Journal of Psychotherapy*, 51, 464-494.

Creed, T., & Kendall, P. C. (2005). Therapist alliance building behavior within a cognitive-behavioral treatment for anxiety in youth. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 73, 498-505.

Dahl, S. (1994). Terapi med voltektsutsatte. I: S. Reichelt & H. Haavind (red.), *Aktiv psykoterapi. Perspektiver på psykologi forståelse og behandling* (ss. 150-168). Oslo: Ad Notam Gyldendal.

Day, C. (2008). Children's and young people's involvement and participation in mental health care. *Child and Adolescent Mental Health*, 13, 2-8.

Day, C., Carey, M., & Surgenor, T. (2006). Children's key concerns: piloting a qualitative approach to understanding their experience of mental health care. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 11, 139-155.

Department of Health (2003, april): Getting the right start: National Service Framework for children. Standard for hospital services. Nedlastet den 10. april 2010 fra http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh_4067251.pdf

Dunne, A., Thompson, W., & Leitch, R. (2000). Adolescent males' experience of the counselling process. *Journal of Adolescence*, 23, 79-93.

Dyb, G., Holen, A., Brønne, K., Indredavik, M.S. & Aarseth, J. (2003). Parent-child discrepancy in reporting children's post-traumatic stress reactions after a traffic accident. *Nordic Journal of Psychiatry*, 57, 339-344.

Eide, B. J., & Winger, N. (2003). *Fra barns synsvinkel. Intervju med barn – metodiske og etiske refleksjoner*. Oslo: Cappelen Akademiske forlag.

Flick, U. (2002). *An introduction to qualitative research*. London: Sage Publications.

Foa, E. B., Rotbaum, B. O., Riggs, D., & Murdock, T. B. (1991). The treatment of PTSD in rape victims: A comparison between cognitive-behavioral procedures and counselling. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 715-723.

Garland, A. F., Bridgett, A., & Besinger, M. A. (1996). Adolescents' perceptions of outpatient mental health services. *Journal of Child and Family Studies*, 5, 355-375.

Garzia, J. A., & Weiz, J. R. (2002). When youth mental health care stops: Therapeutic relationship problems and other reasons for ending outpatient treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 439-443.

Hansen, B. R. (2002). Møte med barnet. Klinisk intervjuing av barn i et intersubjektivt perspektiv. I: M. H. Rønnestad & A. von der Lippe (red.), *Det kliniske intervjuet* (ss. 185-219). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Hansen, B. R. (2000) Psykoterapi som utviklingsprosess: sentrale bidrag fra to utviklingspsykologiske kunnskapsfelt. I: A. Holte, M. H. Rønnestad & G. H. Nielsen (red.), *Psykoterapi og psykoterapiveiledning. Teori, empiri og praksis* (ss. 91-111). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Hennessey, E. (1999). Children as service evaluators. *Child Psychology and Psychiatry Review*, 4, 153-161.

Hepper, F., Weaver, T., & Rose, G. (2005). Children's understanding of psychiatric in-patient admission. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 10, 557-573.

Hill, C. E., & Lambert, M. J. (2004). Methodological issues in studying psychotherapy processes and outcomes. I: M. J. Lambert (red.), *Handbook of psychotherapy and behaviour change* (ss. 84-135). New York: John Wiley & Sons.

Hokland, M. (2006). Kan noen pasienter ta skade av eksponering for minner om traumer? *Tidsskrift for norsk psykologforening*, 43, 1150-1158.

Horvath, A. O., & Symonds, B. D. (1991). Relation between working alliance and outcome in psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 38, 139-149.

Janoff-Bulman, R. (1992). Shattered Assumptions. Towards a new psychology of trauma. New York: The free press.

Jensen, T. K. (2007). Hvordan kan vi forstå og hjelpe barne og unge om har vært utsatt for traumer? I: H. Haavind & H. Øvreeide (red.), *Barn og unge i psykoterapi. Samspill og utviklingsforståelse* (ss. 294-323). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Jensen, T. K., Gulbrandsen, W., Haavind, H., Mossige, S., Reichelt, S., & Tjersland, O. A. What constitutes a good working alliance in therapy with children that may have been sexually abused? *Accepted for publication in Qualitative Social Work*.

Johnson, D. R., Rosenheck, R., Fontana, A., Lubin, H., Charny., & Southwick, S. (1996). Outcome of intensive inpatient treatment for combat-related posttraumatic stress disorder. *American Journal of Psychiatry*, 154, 771-777.

Kazdin, A. E. (2002). The state of child and adolescent psychotherapy research. *Child and Adolescent Mental Health*, 7, 53-89.

Kjørholt, A. T. (2002). The participating child: a vital pillar in this century. *Nordisk pedagogikk*, 21, 65-81.

Kvale, S. (2001). *Det kvalitative forskningsintervjuet*. Oslo: Ad Notam Gyldendal.

Larsen, E., Aasheim, F., & og Nordal, A. (2006). Plan for brukervedvirkning. Mål, anbefalinger og tiltak i Opptrappingsplanen for psykisk helse. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet, avdeling for psykisk helse.

Lobatto, W. (2002). Talking to children about family therapy: a qualitative research study. *Journal of Family Therapy*, 24, 330-343.

Martin, D. J., Garske, J. P., & Davis, M. K. (2000). Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: A meta-analytic review. *Journal of Counseling and Clinical Psychology*, 68, 438-450.

McLeod, B., & Weisz, J. (2005). The therapy process observational coding scale: Measure characteristics and prediction of outcomes in usual clinical practice. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 323-333.

Mykletun, A., Knudsen, A. K., & Mathiesen, K. S. (2009). Psykiske lidelser i Norge: et folkehelseperspektiv. Oslo: Folkehelseinstituttet.

Nader, K. O. (2006). Childhood trauma: the deeper wound. I: J. P. Wilson (red.): *The posttraumatic self. Restoring meaning and wholeness to personality*. New York: Brunner-Routledge.

Nasjonalt kunnskapsenter om vold og traumatisk stress: Trauma-focused cognitive-behavioural therapy for children: A study of process and outcome. Nedlastet den 16. april 2010 fra http://www.nkvts.no/fu/Documents/TFCBT_prosjektskisse.pdf

Novick, G. (2008). Is there a bias against telephone interviews in qualitative research? *Research & Health*, 31, 391-398.

Orlinsky, D. E., Rønnestad, M. H., & Willutzki, U. (2004). Fifty years of psychotherapy process-outcome research: Continuity and change. I: M. J. Lambert (red.), *Handbook of psychotherapy and behaviour change* (ss. 307-389). New York: John Wiley & Sons.

Orlinsky, D. E. & Russel, R. L. (1994). Tradition and change in psychotherapy: Notes on the fourth generation. I: R.L. Russel (red.), *Reassessing psychotherapy research*, (ss. 185-214). New York: Guilford Press.

Pennebaker, J. W., Kiecolt-Glaser, J. K., & Glaser, R. (1988). Disclosure of trauma and immune function: Healthy implications of psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 239-245.

Pynoos, R. S. (1994). Posttraumatic stress disorder. A clinical review. Lutherville: The Sidran Press.

Resnick, H.S., Kilpatrick, D.G., Dansky, B.S., Saunders, B.E., & Best, C.L. (1993). Prevalence of civilian trauma and posttraumatic stress disorder in representative national sample of women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 61, 984–991.

Roth, A., & Fonagy, P. (1996). *What works for whom? A critical review of psychotherapy research*. New York: The Guilford Press.

Safran, J. D., & Murran, J. C. (2006). Has the concept of the therapeutic alliance outlived its usefulness? *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 43, 286-291.

Shirk, S., & Karver, M. (2006). Process issues in cognitive-behavioral therapy for youth. I: P. Kendall (red.), *Child and adolescent therapy: Cognitive-behavioral procedures* (ss. 465–491). New York: Guilford.

Shirk, S. R., & Karver, M. (2003). Prediction of treatment outcome from relationship variables in child and adolescent therapy: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(3), 452-464.

Shirk, S. R., & Russel, R. L. (1996). *Change processes in child psychotherapy: Revitalizing treatment and research*. New York, NY: Guilford Press.

Solomon, Z. (1992). The Koach Project. *Journal of Traumatic Stress*, 5, 173-272.

Sosial- og helsedirektoratet (2010, 2. mars): Brukermedvirkning. Nedlastet den 10. april 2010 fra http://www.pandemi.no/psykisk_helse_tjenesten/brukermedvirkning/

- Smith, J. A., Harré, R., & Van Langenhove, L. (Eds) (1995). *Rethinking methods in psychology*. London: Sage publications.
- Stith, S. M., Rosen, K. H., McCollum, E. E., Coleman, J. U., & Herman, S. A. (1996). The voices of children: preadolescent children's experiences in family therapy. *Journal of Marital and Family Therapy*, 1, 69-86.
- Strickland-Clark, L., Campell, D., & Dallos, R. (2000). Children's and adolescents' views on family therapy. *Journal of Family Therapy*, 22, 324-34.
- Statistisk sentralbyrå (2004): Norsk mediebarometer: To av tre bruker mobiltelefon per døgn. Nedlastet den 14. april 2010 fra http://www.ssb.no/vis/magasinet/slik_lever_vi/art-2005-04-25-01.html
- Svendsen, B. (2007). *Den terapeutiske relasjonen som ramme for utvikling i psykoterapi med små barn – en studie av de innledende samhandlingsprosessene*. Doktoravhandling. Psykologisk institutt, Universitetet i Oslo.
- Sørli, M.-A., Ogden, T., Solholm, R. & Olseth, A. R. (2010). Implementeringskvalitet- om å få tiltak til å virke: En oversikt. *Tidsskrift for norsk psykologforening*, 47, 315-321.
- Tuseth, A.-G., Sverdrup, S., Hjort, H., & Friestad, C. (2006). Å spørre den det gjelder. Erfaringer med bruk av Klient- og resultatstyrt terapi i psykisk helsearbeid. Oslo: Regionssenteret for barn og unges psykiske helse, helseregion øst og sør.
- Wachtel, E. F. (1994). *Treating troubled children and their families*. New York: The Guilford Press.
- Woodhead, M., & Faulkner, D. (2000). I: P. Christensen & A. James (red.), *Research with children* (ss. 9-31) London: Falmer Press.
- Worrall-Davies, A., & Marino-Francis, F. (2008). Eliciting children's and young people's views of child and adolescent mental health services: a systematic review of best practice. *Child and Adolescent Mental Health*, 1, 9-15.

Young, S. C., Nicholson, J., & Davies, M. (1995). An overview of issues in research on consumer satisfaction with child and adolescent mental health services. *Journal of Child and Family Studies*, 4, 219-238.

Appendiks: intervjuguide

Introduksjon:

- forklare hensikten med intervjuet: å lære mer om hvordan barn og foreldre opplever å gå på BUP. Dette for at vi skal kunne gi bedre behandling til andre barn og ungdommer.
- informere om at jeg ikke ringer fra BUP og at terapeuten ikke vil få vite hva de har svart
- si at de kan trekke seg når som helst eller la være å svare på spørsmål de ikke vil svare på
- informere om at svarene behandles anonymt
- informere om at samtalene taes opp på bånd

Barneintervjuet:

1. Kan du først fortelle meg litt om hvordan du opplevde å komme til BUP?
Probe spm: Grudde du deg eller gledet du deg? Var det annerledes enn du hadde tenkt? Spør alltid åpent: fortell mer om det....
2. Opplevde du at du har fått hjelp med de problemene du slet med da du kom?
3. Hvis du tenker på hvordan du hadde det før du kom til BUP og hvordan du har det nå, har noe blitt annerledes? Hvis ja: Kan du fortelle hva som har blitt annerledes?
4. Hva tror du er grunnen til det har blitt annerledes?
5. Var det sånn at du og (terapeutens navn) snakket mye om det vanskelige du hadde opplevd? Hvordan opplevde du det?
6. Var det sånn at foreldrene dine snakket med (terapeutens navn) uten at du var der noen ganger? Hva syns du om det?
7. Syns du det var annerledes å snakke med terapeuten din enn med foreldrene dine eller andre voksne? Kan du si litt om hvordan det var det annerledes?
8. Hvis du skulle gitt et råd til psykologer som skal arbeide med barn/ungdom, hva ville det være? Er det noe du tenker det er viktig å huske på når en skal hjelpe barn/ungdom som har det vanskelig?
9. Hvis du traff en annen gutt eller jente på din egen alder som hadde opplevd noe vanskelig og som hadde det sånn som du hadde det, hva ville du anbefale han eller hun å gjøre?

Foreldreintervjuet:

1. Hvordan opplevde du å komme til BUP den første gangen?
2. Syns du at barnet ditt har fått hjelp til de problemene det slet med da dere kom?
3. Syns du at du har fått god nok informasjon om hva som skulle skje i behandlingen?
4. Syns du barnet ditt har forandret seg fra dere startet på BUP til nå? Hvis ja, hva tenker du er årsaken til denne forandringen?
5. Var det noe som var nyttig for deg som forelder? Hva?
6. Vet du om terapeuten og barnet ditt snakket mye om den vanskelige hendelsen barnet ditt hadde blitt utsatt for? Hvis ja, hvordan tror du dette var for barnet ditt? Tror du det var viktig for at barnet ditt skulle få det bedre?
7. Hvis du møtte noen andre foreldre som hadde et barn eller en ungdom som hadde opplevd noe vanskelig, hva ville du anbefalt dem å gjøre?

